

**ÉTICA APLICADA EN CENTROS GERIÁTRICOS:
Auditoría Ética en la Residencia
“Virgen del Valle” de Cenicero (La Rioja).**
Tesis Doctoral

Sara de la Peña García

**Directora: Dra. María Jesús Úriz Pemán
Co-Director: Dr. Juan Jesús Viscarret Garro**



Pamplona, 2017

AGRADECIMIENTOS:

A M^a Jesús Úriz, Directora de este proyecto. Tanto por su apoyo constante en mi formación como investigadora, como por las facilidades aportadas para poder finalizar esta etapa la cual he tenido que compaginarla con las nuevas situaciones personales que me han ido surgiendo a lo largo de estos años.

A Juan Jesús Viscarret, Codirector también de este proyecto. Por su ayuda y orientación en la parte tal vez más metodológica.

A Alberto Ballesterro, Doctor en el Departamento de Trabajo Social de esta Universidad. Todavía recuerdo el primer día que llegué a dicho departamento, más bien desorientada y un tanto perdida, y gracias a sus indicaciones, todo fue más fácil. Gracias por permanecer atento y demostrar interés por esta investigación durante estos años y por los ánimos aportados.

A la Gerencia de la empresa Gerontovalle. Por su afán de cuidar, escuchar y respetar a todas las personas que integran sus centros. Por ofrecer una formación constante y un interés por los proyectos pioneros, facilitando la aplicación de los mismos.

A Victoria Musitu, responsable del área sanitaria de Gerontovalle. Por compartir sus conocimientos y, principalmente, por haber sido la persona que contribuyó a que iniciara este camino ayudándome de una manera incondicional.

Por su puesto a mis padres, Vicente y Julia, ellos nos han enseñado tanto a mí como a mi hermano la importancia de la perseverancia y la constancia para alcanzar cualquier objetivo en la vida. Gracias por permanecer siempre a mi lado.

Y por último a Javi, mi marido y compañero de viaje. Por su comprensión y ánimo en los momentos más difíciles. Por su respeto y apoyo sobre todo en el desarrollo de este proyecto que, pese a que haya implicado vivir menos momentos juntos, ha hecho que le admire aún más si cabe.

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I: ÉTICA, ÉTICA APLICADA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES.....	12
1.1 Ética y ética aplicada.	12
1.2 Ética de las organizaciones..	15
1.2.1 Ética empresarial.....	17
1.2.2 Calidad ética en las organizaciones.....	18
1.2.2.1 Elementos presentes en una organización con calidad ética..	18
1.2.2.2 Compromiso en la organización con calidad ética.....	26
CAPÍTULO II: ÉTICA PROFESIONAL	31
2.1 Dimensión teleológica.....	32
2.2 Dimensión deontológica..	33
2.3 Dimensión pragmática.....	36
2.3.1 Comités de ética..	39
2.3.2 Auditoría ética.....	42
2.3.2.1 Confidencialidad y privacidad..	59
2.3.2.2 Consentimiento informado.....	63
2.3.2.3 Derechos de los usuarios.....	68
CAPÍTULO III: CALIDAD ÉTICA EN CENTROS GERIÁTRICOS	71
3.1 Definición de centros geriátricos.....	71
3.2 Los alojamientos residenciales dentro de la red de recursos de atención..	71
3.3 La imagen de las residencias según las personas mayores. La residencia ideal..	73
3.4 El imperativo ético: calidad ética.....	75
3.5 Desarrollo de la responsabilidad social (RS)..	76
3.6 La valoración de la calidad de atención y la satisfacción del usuario.	77
CAPÍTULO IV: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA. ORIENTACIÓN DEL ESTUDIO Y LA APLICACIÓN.....	80
4.1 Objetivos.	80
4.1.1 Objetivos generales..	80
4.1.2 Objetivos específicos..	80
4.2 Hipótesis.	81

4.3 Metodología.....	81
4.3.1 Identificación del problema a investigar.....	84
4.3.2 Trabajo de campo.....	84
4.3.2.1 Instrumentos de investigación. Triangulación metodológica.....	84
4.3.2.2 Secuencia temporal de la aplicación de las herramientas... ..	91
4.3.2.3 Análisis de datos e interpretación de los resultados. Triangulación de los resultados.....	91
 CAPÍTULO V: AUDITORÍA ÉTICA EN EL CENTRO.....	93
5.1 Descripción del centro residencial de personas mayores objeto de estudio.. ..	91
5.1.1 Introducción. La Residencia.....	95
5.1.1.1 Instalaciones.....	96
5.1.1.2 Recursos técnicos – Equipamiento.....	96
5.1.1.3 Recursos humanos y servicios.. ..	97
5.1.2 Misión. Visión y valores.. ..	100
5.1.2.1 Misión.. ..	100
5.1.2.2 Visión.. ..	100
5.1.2.3 Valores.. ..	101
5.1.3 Diagrama de flujo de actividades.....	102
5.2 Desarrollo auditoría ética: resultados de gestión	102
5.2.1 Creación del consejo de participación.. ..	103
5.2.2 Creación del comité de ética.. ..	103
5.2.3 Elaboración AMFE. Y posterior MERE... ..	104
5.2.3.1 Identificación de los temas calificados de “alto riesgo” y “riesgo moderado”	105
5.2.3.1.1 Temas de “alto riesgo”... ..	105
5.2.3.1.2 Temas de “riesgo moderado”	106
5.2.3.2 Plan de acción... ..	107
5.2.3.2.1 En el área de confidencialidad y privacidad... ..	107
5.2.3.2.2 En el área del consentimiento informado.....	116
5.2.3.2.3 En el área de los derechos del usuario... ..	123
5.2.4 Trazabilidades... ..	129
5.2.4.1 Confidencialidad y privacidad... ..	129
5.2.4.2 Consentimiento informado.....	132
5.2.4.3 Derechos del usuario... ..	134
5.3 Resultados empíricos.. ..	136

5.3.1 Resultados de las encuestas del procedimiento de confidencialidad y privacidad.....	136
5.3.2 Cuadro de mando integral de los tres procedimientos... ..	159
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES. PROPUESTAS DE MEJORA Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.	163
ANEXOS	168
Anexo I: Traducción completa del libro “<i>The Social Work Ethics Audit. A Risk Management Tool</i>”. Frederic G. Reamer.. ..	168
Anexo II: Documentación correspondiente al procedimiento de confidencialidad y privacidad del usuario.. ..	231
Anexo III: Documentación correspondiente al procedimiento de consentimiento informado.. ..	267
Anexo IV: Documentación correspondiente al procedimiento de derechos del usuario.. ..	291
Anexo V: modelo de encuestas y respuestas totales.. ..	313
Anexo VI: MERE.. ..	329
BIBLIOGRAFÍA	346

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1. ¿Es la ética una tarea pasiva? La mejora humana como tarea esforzada.	13
Figura 2. ¿Cuáles son los elementos básicos que constituyen ética en la realidad humana?.....	14
Figura 3. ¿Qué factores hacen posible el cambio hacia una “organización éticamente saludable”?.....	23
Figura 4. ¿Sobre qué pilares se apoya la construcción de la confianza en las relaciones humanas?	29
Figura 5. Estructura de la red de recursos	72
Figura 6. Nueva herramienta de Medición de Riesgo Ético (MERE).	86
Figura 7. Organigrama funcional de la Residencia “Virgen del Valle”	99
Figura 8. Valores de la residencia “Virgen del Valle”.	101
Figura 9. Diagrama de flujo de actividades de la Residencia “Virgen del Valle”	102
Figura 10. Algoritmo de control de datos sanitarios informatizados.	113

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1. Comparativa de porcentajes de crecimiento de plazas residenciales según tamaño del centro entre los años 2005 y 2015 en La Rioja y España..	93
Gráfico 2. Comparativa de porcentajes de crecimiento de plazas residenciales según tipo entre los años 2006 y 2015 en La Rioja y España.	94
Gráfico 3. Resultados de las encuestas a usuarios en diciembre 2013.	137
Gráfico 4. Resultados de las encuestas a usuarios en marzo 2014.	140
Gráfico 5. Resultados de las encuestas a usuarios en junio 2014.	144
Gráfico 6. Resultados de las encuestas a usuarios en diciembre 2014.	147
Gráfico 7. Resultados de las encuestas a familiares en diciembre 2013..	150
Gráfico 8. Resultados de las encuestas a familiares en marzo 2014..	152
Gráfico 9. Resultados de las encuestas a familiares en junio 2014.	154
Gráfico 10. Resultados de las encuestas a familiares en diciembre 2014..	156

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Las tres dimensiones dentro de la ética profesional	31
Tabla 2. Principios éticos básicos para la intervención social.....	32
Tabla 3. Áreas de Riesgo del <i>Social Work Ethics Audit</i>	44
Tabla 4. Cuestiones clave del área derechos del usuario del <i>Social Work Ethics Audit</i> ..	45
Tabla 5. Cuestiones clave del área confidencialidad y privacidad del <i>Social Work Ethics Audit</i>	45
Tabla 6. Cuestiones clave del área consentimiento informado del <i>Social Work Ethics Audit</i>	47
Tabla 7. Cuestiones clave del área prestación de servicios y empleo de intervenciones no tradicionales o experimentales del <i>Social Work Ethics Audit</i>	48
Tabla 8. Cuestiones clave del área problemas de limitación y conflicto de intereses del <i>Social Work Ethics Audit</i>	48
Tabla 9. Cuestiones clave del área documentación del <i>Social Work Ethics Audit</i>	49
Tabla 10. Cuestiones clave del área injurias del <i>Social Work Ethics Audit</i>	50
Tabla 11. Cuestiones clave del área registro de los usuario del <i>Social Work Ethics Audit</i>	50
Tabla 12. Cuestiones clave del área supervisión del <i>Social Work Ethics Audit</i>	50
Tabla 13. Cuestiones clave del área desarrollo y formación del personal del <i>Social Work Ethics Audit</i>	51
Tabla 14. Cuestiones clave del área consulta del <i>Social Work Ethics Audit</i>	52
Tabla 15. Cuestiones clave del área derivación del usuario del <i>Social Work Ethics Audit</i>	53
Tabla 16. Cuestiones clave del área fraude del <i>Social Work Ethics Audit</i>	53
Tabla 17. Cuestiones clave del área finalización de los servicios y abandono del usuario del <i>Social Work Ethics Audit</i>	53
Tabla 18. Cuestiones clave del área desgaste del profesional del <i>Social Work Ethics Audit</i>	54
Tabla 19. Cuestiones clave del área evaluación e investigación del <i>Social Work Ethics Audit</i> . 55	55
Tabla 20. Cuestiones clave del área toma de decisiones éticas del <i>Social Work Ethics Audit</i>	56
Tabla 21. Criterios para la puntuación de la MERE.....	88
Tabla 22. Lista de espera para plazas públicas en residencias de La Rioja alta y zona centro	94
Tabla 23. Control documental del procedimiento de confidencialidad y privacidad...	113

Tabla 24. Criterios de evaluación de cumplimiento del procedimiento de confidencialidad y privacidad.....	115
Tabla 25. . Revisión y control del procedimiento de confidencialidad y privacidad.. .	116
Tabla 26. Control documental del procedimiento de consentimiento informado..	120
Tabla 27. Criterios de evaluación de cumplimiento del procedimiento de consentimiento informado..	121
Tabla 28. Revisión y control del procedimiento de consentimiento informado.....	123
Tabla 29. Control documental del procedimiento derechos del usuario	127
Tabla 30. Criterios de evaluación de cumplimiento del procedimiento derechos del usuario	127
Tabla 31. Revisión y control del procedimiento derechos del usuario.....	128
Tabla 32. Tabla de trazabilidad del procedimiento de confidencialidad y privacidad.	129
Tabla 33. Tabla de trazabilidad del procedimiento de consentimiento informado..	132
Tabla 34. Tabla de trazabilidad del procedimiento de derechos del usuario.....	134
Tabla 35. Cuadro de mando integral de los tres procedimientos con mayor riesgo ético..	162

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida en España, llega ya a los 83 años de edad y, en concreto, en esta comunidad autónoma de La Rioja donde se realizó el estudio de investigación, alcanza una media aún más elevada, 83,41 años (INE, 2015), lo cual significa que la población mayor de 80 años de edad la constituyen ya 22.612 riojanos (INE, 2016), el 7,2% de la población total de esta comunidad, es por ello, que el Consejero de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia de La Rioja, Conrado Escobar, expone a Diario La Rioja (julio, 2016): “Estamos ante el mayor reto demográfico de la historia reciente de la comunidad ya que tenemos que afrontar en las mejores condiciones, de una manera ordenada, sostenible y atendiendo a las exigencias que cada vez son aún mayores, el envejecimiento poblacional, que es, no obstante, un hecho positivo”.

A consecuencia de este incremento poblacional, es cierto que cada vez son más los centros residenciales dirigidos al cuidado y la atención de las personas mayores donde, a la vez, existe un creciente nivel de exigencia de nuestros usuarios el cual se considera que se puede satisfacer mediante la integración de nuevos proyectos y servicios de calidad. Pues bien, debido a esta cuestión, la principal motivación para el desarrollo de esta investigación consistió en la innovación del desarrollo y aplicación de herramientas que sirvieran para fomentar la satisfacción de nuestros mayores mejorando, si cabe, la calidad de los servicios ofrecidos de una manera, a poder ser además, ordenada y sostenible tal y como indica el Consejero de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia de La Rioja.

Previamente, se debe aclarar que esta calidad a la que nos referimos en la investigación, más que ver con la calidad técnica y las ya conocidas certificaciones en sistemas de gestión de calidad, tuvo que ver con la importancia del desarrollo de otros pasos previos que se deberían haber comenzado a dar, priorizando y garantizando en estos centros sociosanitarios una calidad ética, mediante la aplicación de herramientas, tal vez menos conocidas pero sí más relevantes y novedosas. Y es que, los profesionales que trabajan en este sector, son conscientes de que los dilemas éticos que se plantean o surgen en torno a las personas mayores se incrementan cada vez más y, por el contrario, apenas se conocen herramientas que ayuden a resolverlos como pueden ser: comités de ética, auditorías éticas, etc. García Férez (2001), nos viene a decir que en nuestra última etapa de la vida, en el envejecimiento, parece que tan solo se da importancia a las cuestiones médicas o sociales dejando a un lado u olvidando las cuestiones éticas ¿Por qué? Pues tal vez porque vivimos en una época caracterizada por una grave crisis de valores¹.

Con respecto a lo mencionado, tras estudiar en el capítulo I la situación actual de la ética, la ética aplicada y la ética de las organizaciones para, posteriormente tratar en concreto en el capítulo II la ética profesional desarrollando las tres dimensiones: la teleológica, la deontológica y la pragmática y ver en el capítulo III la calidad ética en centros geriátricos, en el capítulo IV, donde desarrollamos los objetivos, hipótesis y metodología, es donde nos planteamos para esta investigación, por un lado, implantar la auditoria ética propuesta por F.G. Reamer en el centro seleccionado para poder

¹ Para un estudio más detallado sobre buenas prácticas en la atención residencial, puede verse García-Campero Ruiz de León, Inmaculada (2003): “Apuntes de buenas prácticas en la atención residencial a las personas mayores: una perspectiva normativa, deontológica y de calidad”, Revista Miscelánea Comillas, vol. 61 nº119, (pp. 651-675).

observar si realmente se fomentaba la satisfacción de los usuarios mejorando la calidad de los servicios ofrecidos y, por otro lado, también se quiso tener en cuenta la opinión de nuestros usuarios y familias para perfeccionar dicha herramienta. Pues bien, en el capítulo V, se observará que tras poner en marcha todas las acciones correspondientes para alcanzar los objetivos planteados, como principal novedad de esta investigación, se logró, a la vez, la creación de una nueva herramienta metodológica de diagnóstico y prevención capaz de medir el riesgo ético y a la cual se le denominó MERE (Medición de Riesgo Ético).

Siguiendo con este último capítulo mencionado, en la parte más empírica del estudio se fueron describiendo, definiendo y desarrollando cada uno de los puntos y las etapas de una manera ordenada y clara para facilitar la aplicación de la auditoría ética. Durante el estudio de caso llevado a cabo con un seguimiento del plan implementado se pudo verificar la eficacia y utilidad de la misma. Así mismo, debido a que se consideró de suma importancia seguir teniendo en cuenta la mejora continua, tanto para cumplir y alcanzar nuevos objetivos, como para mejorar la herramienta, se permitió generar nuevas líneas de investigación futuras las cuales se podrán observar junto con las conclusiones en el capítulo VI.

Si realmente se quiere velar por el bienestar de las personas mayores y, por supuesto, alcanzar una mayor calidad ya no solo técnica sino también ética, lo cual hará distinguir unos centros de otros sin lugar a dudas, será fundamental poner en práctica la ética aplicada a la atención residencial verificando el alcance de los fines mediante la aplicación de herramientas prácticas y útiles. De esta manera, además, se observará hasta qué punto tiene en cuenta la empresa los intereses de las personas (usuarios, profesionales, sociedad) además de los intereses de la propia empresa.

CAPÍTULO I: ÉTICA, ÉTICA APLICADA Y ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES

1.1 Ética y ética aplicada

¿Qué es la ética? Crear o seleccionar una única definición es muy complicado, ya que a lo largo de los años ha sido un concepto que se ha ido enriqueciendo con multitud de aportaciones de distintos autores. Para la investigación que nos ocupa, se han escogido tres definiciones para poder comenzar a elaborar la base del trabajo, pues bien, Cortina A. (2000: 17) nos la explica de una manera muy simple indicando que “la ética es esencialmente un saber para actuar de un modo racional. Pues bien, “obrar racionalmente”, continúa explicando esta autora, en principio, “es saber deliberar bien antes de tomar una decisión con objeto de realizar la elección más adecuada y actuar según lo que hayamos elegido. Quien no reflexiona antes de actuar sobre los distintos cursos de acción y sus resultados, quien no calibra cuál de ellos es más conveniente y quien, por último, actúa en contra de la decisión que él mismo reflexivamente ha tomado, no obra racionalmente. La ética, en un primer sentido, tiene por tarea mostrarnos cómo deliberar bien con objeto de hacer buenas elecciones. Pero, como hemos dicho, no se trata sólo de elegir bien en un caso concreto, sino a lo largo de nuestra vida”. Esta definición, se ha seleccionado ya que hace referencia a la importancia que tiene el actuar racionalmente ¿Por qué esta decisión y no otra? ¿Qué resultados se obtiene de aplicar una decisión u otra?, esto será un criterio básico que la auditoría ética va a tener muy en cuenta a la hora de desarrollarse en cualquier centro sanitario o sociosanitario.

Otra aportación que despierta interés por el grado de relevancia para el estudio, es la que nos plantea Úriz, M.J. (2005: 2) para la cual “el término *ética*, en sentido estricto, es sinónimo de *filosofía moral*, se podría definir como aquella parte de la filosofía que se ocupa de reflexionar críticamente acerca de la moral. La ética sería entonces la ciencia de la moral, la disciplina que nos permite analizar conceptos morales como *bueno/malo*, *justo/injusto*, así como estudiar distintas teorías sobre la corrección o incorrección de nuestras acciones. Todo ello fundamental para observar, según los resultados *buenos/malos*, dónde deberemos y/o podemos mejorar sin problemas”. Pues bien, si queremos poner en marcha una auditoría en nuestros centros, tal y como esta autora nos indica, la ética es lo que nos va a permitir analizar nuestras acciones pudiendo detectar y observar nuestras fortalezas y nuestros errores para, posteriormente y en un segundo paso, poder potenciar todas aquellas acciones positivas y, por el contrario, corregir todas aquellas acciones negativas.

Y por último, para el autor Guillén, M. (2006: 4) “la ética hace referencia a la calidad humana de las personas y de sus acciones o como lo entendieron los clásicos, a su excelencia”. Desde esta primera aproximación intuitiva a lo que es la ética, Manuel Guillén, indica que “se entiende que la mayor parte de tradiciones filosóficas y religiosas establezcan como una norma básica o *regla de oro ética*: haz con los demás lo que quisieras que hicieran contigo. Este principio ético también suele ser enunciado en su forma contraria: no hagas a otros lo que no te gustaría que hicieran contigo. En definitiva, toda persona reclama ser tratada como persona, pide a los demás que se pongan en su lugar (lo que hoy se denomina empatía). En la regla de oro subyace un principio de igualdad, del que todo ser humano es digno merecedor”. Esta regla, no consiste en conocerla o saberla, ya que prácticamente todo el mundo alguna vez la ha

escuchado, la verdadera cuestión es si sabemos ponerla en práctica y cómo, si es que se puede, medir esta calidad humana que Guillén nos plantea. Para la investigación que nos ocupa, resulta de suma importancia la aplicación de esta denominada *regla de oro* ya que en los centros sociosanitarios u otro tipo de instituciones similares, se trabaja con personas vulnerables, y el conocer el grado de calidad humana, es algo fundamental que, de algún modo, consecutivamente nos va a ayudar a garantizar una calidad ética en los servicios prestados por nuestros profesionales.

Continuando con este autor (2006: 5), estamos de acuerdo cuando explica que “la ética es una tarea esforzada por actuar bien. No siempre resulta fácil decir la verdad, actuar con justicia o ser leal. Pueden existir presiones y dificultades, internas o externas, que dificulten obrar bien. Hay expresiones muy gráficas que pueden estar intentando justificar comportamientos que constituyen un obrar mal: *todos lo hacen, no tenía alternativa, no le hace mal a nadie, si no lo hacía yo otro lo habría hecho, eso no es mi responsabilidad*”. Es por ello, que Guillén señala que la ética tiene que ver con el obrar de la persona pudiendo ser valoradas las actuaciones: desde hacer el mayor mal hasta hacer el mayor bien posible. Lo podemos ver en la siguiente figura:

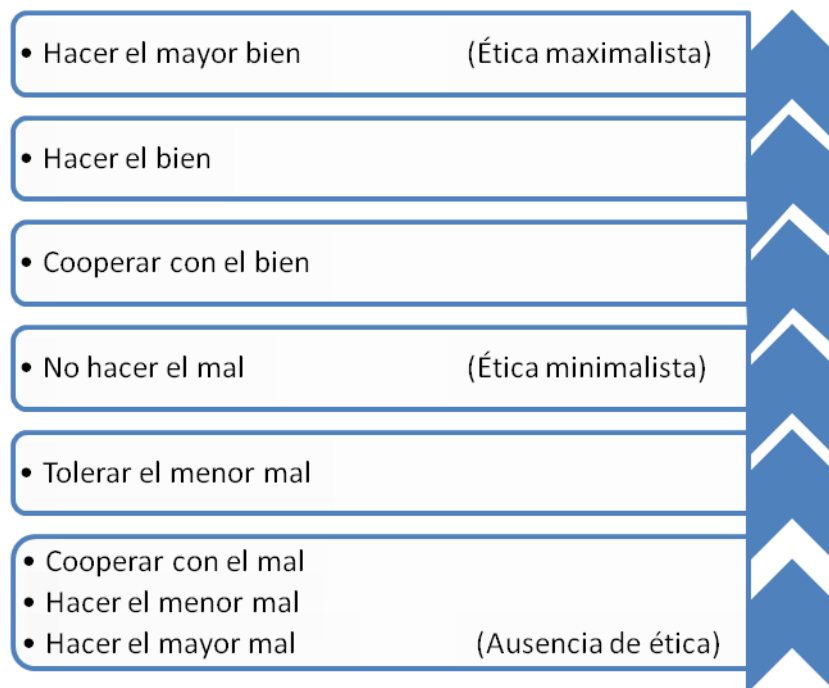


Figura 1. ¿Es la ética una tarea pasiva? La mejora humana como tarea esforzada.

Fuente: Manuel Guillén Parra, 2006.

En esta figura, si reflexionáramos y analizáramos nuestras acciones o las acciones de otras personas, seguramente que podríamos ir las encajando en cada uno de los peldaños de dicha figura; y es que, tal y como Guillén nos explica, “cada persona, libremente, decide con sus acciones y se configura como mejor o peor persona”. De igual modo, cabe señalar que esto mismo se puede aplicar a las empresas reflexionando y analizando también sobre sus políticas y procedimientos.

A continuación vamos a hacer hincapié en tres elementos básicos de la ética: el bien, las normas y la virtud.

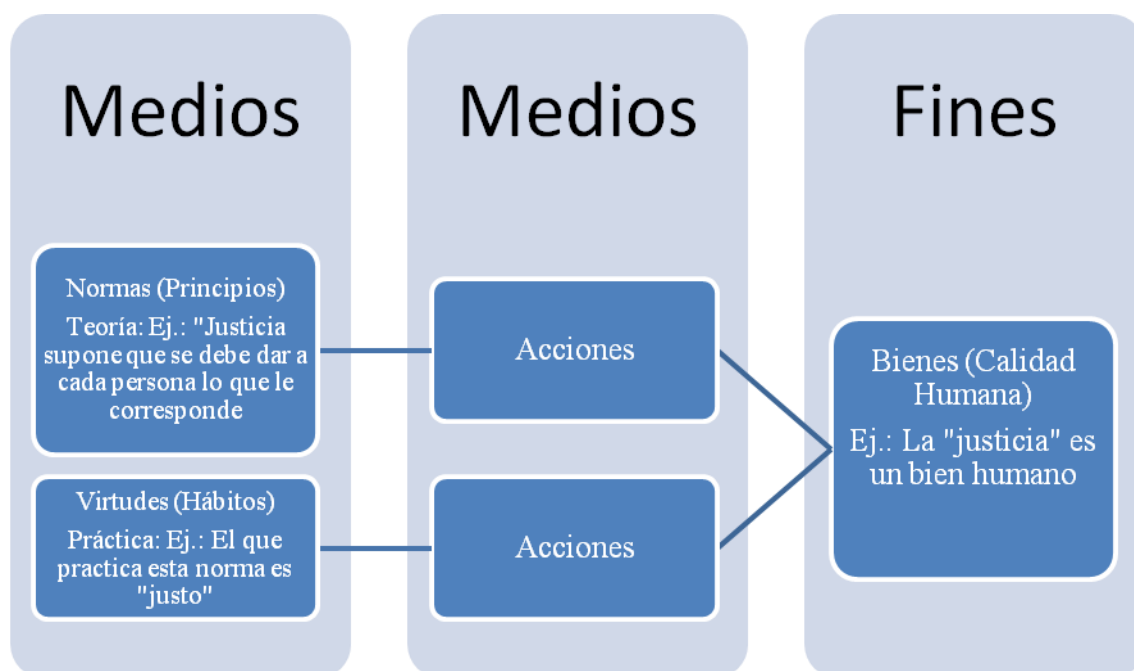


Figura 2. ¿Cuáles son los elementos básicos que constituyen ética en la realidad humana?
Fuente: Manuel Guillén Parra, 2006.

En la figura 2, Guillén M., explica que se intenta reflejar que “bienes”, “normas” y “virtudes”, son tres dimensiones básicas de la ética y una descripción completa de esta disciplina científica debería incluirlas. En la acción humana se aúnan esas tres dimensiones. El *bien* se presenta como aquello a lo que todos aspiramos y para lograrlo descubriremos los modos más o menos correctos, las *normas* de actuación que sirven para orientar y ayudan a alcanzar el fin propuesto. Pero no solo hay que saber qué es lo bueno, y cómo lograrlo, hay que obrar en la práctica y ahí es donde aparece el concepto de *virtud*.

En esta figura 2, se expone esta lógica de modo gráfico. A continuación, se pone un ejemplo con un principio ético básico que a todo el mundo pero sobre todo a las personas mayores que están institucionalizadas en centros residenciales les gustaría que se les respetase, la autonomía es un principio ético básico, pues hace mejor persona a quien la respeta. Cuando esto es descubierto por la razón, nace la necesidad de aceptarla y quererla como norma de conducta, descubriendo la necesidad de respetar la libertad de las personas, sin manipulaciones. Esto no se convierte en una realidad hasta que no es puesto en práctica. Sólo cuando se pone en práctica de modo habitual el principio ético de respeto a la autonomía, se puede hablar de que una persona sabe respetar la libertad de las personas, que posee esta *virtud*. Cada persona, como ser humano racional y libre, es responsable de su forma de actuar.

Hoy en día suele utilizarse mucho el término “ética aplicada”, pero ¿Qué significa dicho término?

Joan Canimas i Brugué (2006: 135-144;) refiere que cuando hablamos de ética aplicada hablamos de una ética que reflexiona e intenta orientar prácticas concretas y que lo hace a través de un proceso intersubjetivo, es decir, incorporando o teniendo en cuenta las distintas opciones y puntos de vista, entre las cuales y sobre todo está la voz de los afectados, en este sentido, el objetivo de la ética aplicada no es tanto reflexionar sobre el fundamento de los principios morales y las acciones (de eso ya se ocupa la ética

a secas), sino orientar a la acción en aquellas situaciones concretas que plantean problemas morales, lo cual sin duda, es fundamental para que los profesionales sean más eficaces en su trabajo con las personas que atienden. Según este autor, en otras palabras, “la ética aplicada se ocupa más bien del *qué hacer* y de explicar *porqué debería hacerse*, mientras que la ética a secas se ocupa de reflexionar y profundizar sobre los fundamentos del *porqué debería hacerse*”.

Canimas continúa indicando que actualmente la ética aplicada no está presente en la medida que sería deseable en el ámbito de los servicios sociales ya que son muy poco conocidos los grupos o comités interdisciplinarios de ética aplicada dedicados a abordar, reflexionar y orientar actuaciones concretas, al menos de la forma organizada y sistemática existente en el ámbito sanitario. Y es que, efectivamente, en la actualidad apenas son dos o tres las residencias de personas mayores en La Rioja que cuentan con herramientas que les ayuden a resolver los problemas morales que vayan surgiendo, por ello, que obviamente queda mucho camino por recorrer; en el centro residencial de estudio, se verá la creación de un comité de ética, herramienta que se considera fundamental, tras la experiencia, para todos los centros sociosanitarios. Para este autor, la ausencia de ética aplicada en los servicios sociales, no significa que la reflexión ética no esté presente. En el día a día de nuestro centro de estudio, se ha podido observar cómo a los distintos profesionales les iban surgiendo problemas morales a los cuales debían enfrentarse pero ¿Cómo? Pues bien, en ocasiones de una manera individual y en otras, compartiendo el problema, las inquietudes y las posibles soluciones con el resto del equipo técnico de una manera informal como podía ser en los periodos de descanso o, en el mejor de los casos, en reuniones programadas previamente por otros motivos.

1.2 Ética de las organizaciones

Para nuestro estudio, resulta de interés continuar conociendo que, tal y como Úriz, M.J. (2005: 2) nos indica, otra parte importante dentro de la ética aplicada es la ética de las organizaciones ya que algunas empresas privadas, comienzan a preocuparse por introducir la reflexión moral en su modo de organización y actuación ante la sociedad; de ahí el auge de la llamada “ética empresarial” y, en general, de la “ética de las organizaciones”.

En palabras de esta última autora (2005: 3), “nadie discute que las personas individuales somos seres morales, independientemente del tipo de moralidad que nos caracterice. Pues bien, de un modo más genérico también podemos hablar de la estructura moral de las organizaciones, con independencia de qué tipo de estructura moral se trate.”

Llegados a este punto, Úriz se plantea si las características de las personas (que somos seres morales, sabemos justificar nuestras decisiones, creamos una identidad propia que nos distingue de los demás, etc.) son aplicables a las organizaciones, pues bien, la autora, comparte la respuesta afirmativa que da a esta pregunta Adela Cortina (1997: 24), catedrática de Ética y Filosofía Política y directora de la *Fundación Étnor* (Fundación para la Ética de los Negocios y de las Organizaciones). ¿Por qué esas características son aplicables a las organizaciones? Especialmente por los siguientes motivos:

1. En las organizaciones hay procedimientos para tomar decisiones y, además, se tiene que asumir la responsabilidad por la toma de dichas decisiones. Respecto a este punto, en la investigación que estamos llevando a cabo, efectivamente veremos en la parte pragmática este tipo de procedimientos.

2. La conciencia como ponderación moral entre varias posibilidades encaminadas a ciertos objetivos también existe en las organizaciones o instituciones, aunque en este caso se dé de un modo más corporativo.

3. También existe en las organizaciones una cierta cultura organizativa, una cultura que recoge los valores, creencias e ideales de la organización y que conforma su propia identidad distinguiéndose de las demás al igual que ocurre con las personas.

Por todo ello, concluimos que las organizaciones también son estructuralmente morales. Siguiendo a Úriz, “empresas y organizaciones se pueden comportar de forma moralmente correcta o incorrecta, pero no de forma amoral”. Para esta autora, el “ABC” de la ética de las organizaciones podría resumirse en tres preguntas básicas (Kaptein, 1998):

1. Definir el contenido ético:

¿Una organización puede ser considerada una entidad moral? ¿Existe una definición precisa de los contenidos éticos de una organización? ¿La organización como un todo puede ser responsable de los efectos de sus actividades o la responsabilidad recae sólo en cada individuo? ¿La organización da reglas u orientaciones éticas sobre cómo deben comportarse los individuos?

Si generamos en nuestros centros, instituciones, empresas, etc. la integración de todos y cada uno de los profesionales que la forman alcanzando una responsabilidad en conjunto, podremos identificar los propósitos y funciones de la misma.

2. Auditar el contenido ético:

¿Hasta qué punto alcanza la responsabilidad moral de una organización? ¿Cómo puede medirse el contenido ético de una organización? ¿Hasta qué punto tiene en cuenta la organización los intereses de la sociedad además de los intereses de la propia organización?

Desde nuestro punto de vista, mediante la utilización y aplicación de herramientas tales como las auditorías y, en concreto, la auditoría ética la cual analizará y verificará en profundidad los aspectos éticos de los procedimientos y protocolos de la organización realizando un seguimiento y una evaluación de los mismos para, de algún modo, mejorar continuamente.

3. Desarrollar el contenido ético:

¿Cómo debería desarrollarse la responsabilidad moral de las organizaciones?

No solo mediante los conocidos códigos de ética, sino también con la aplicación de herramientas más prácticas como lo son los comités de ética. Otra forma de desarrollar esta responsabilidad es, por supuesto, a través de la formación en ética, etc.

1.2.1 Ética empresarial

Por otro lado, resulta interesante en este punto hacer mención y resumir las cuatro razones para hablar de ética empresarial tal y como expone el Dr. Domingo García-Marzá (1996:15-21), profesor de Ética Empresarial:

1. La primera razón tiene que ver con la propagación de las malas prácticas empresariales, casi a diario se puede decir que aparecen en medios informativos o diarios noticias relacionadas con este asunto. Es necesario recuperar la confianza en y entre las instituciones para fomentar la credibilidad social.

2. Con la idea de que el derecho es suficiente, parece que basta y sobra, para regular el funcionamiento de la actividad empresarial y es que, hoy en día, por ejemplo cuando llega una inspección a nuestra institución, los propios inspectores van comprobando punto por punto que se cumpla la normativa sin ir más allá o sin querer ver o comprobar otras cuestiones más humanas hasta el momento. Es cierto que nadie discute que el derecho es totalmente necesario para la empresa, pero también es totalmente insuficiente. La ética empresarial se diferencia del derecho en que se dirige a una obligación interna, a una autoobligación, al convencimiento de que las cosas deben hacerse de una forma y no de otra. Es decir, que la confianza y el diálogo son las mejores armas para resolver los conflictos.

3. Una mayor sensibilidad social, es cierto que se traduce en un mayor esfuerzo empresarial por mantener y mejorar la credibilidad social de la empresa. Hoy en día una empresa ética es la que sabe conectar sus beneficios a las expectativas sociales, la que no separa los beneficios económicos de los beneficios sociales. En el estudio que nos ocupa lugar, veremos si ocurre tal conexión.

4. También en el interior de la empresa es muy importante armonizar los intereses globales con los de cada uno de los profesionales. Una empresa flexible que sea capaz no sólo de adaptarse a los cambios del entorno, sino que incluso sea capaz de adelantarse a ellos, no es pensable sin un esfuerzo previo por una nueva práctica también en su interior y sin una cooperación eficiente de todos sus grupos internos. Por ello, para que la confianza sea posible tanto en el mercado, como en el interior de la empresa o institución, se necesita un clima laboral basado en la dinámica del diálogo, la participación, el acuerdo. La empresa debe cuidar y valorar lo propuesto por los profesionales aportándoles, además, cierta estabilidad para fomentar su involucración y eficiencia.

Este autor continúa indicando que en el caso de la ética empresarial estaríamos ante un saber, una teoría, como nos diría A. Cortina que nos enseña a tomar decisiones prudentes y justas. Pero, ¿Prudentes y justas, respecto a qué? La respuesta es respecto a todos los intereses implicados o afectados por la actividad o decisión empresarial en concreto que vamos a tomar. El punto de partida de esta ética empresarial es la responsabilidad social que tiene la empresa como institución social que es. Desde el momento en que la empresa tiene efectos o consecuencias sobre sus miembros y

también sobre su entorno económico y social, no es ninguna actividad privada. Las decisiones pueden ser privadas, como lo puede ser también la propiedad, pero los efectos son públicos. Y de esos efectos, de la calidad de sus productos y servicios (resultados), debe dar razón la empresa.

1.2.2 Calidad ética en las organizaciones

En el centro residencial de estudio, se parte de una “calidad ética” donde prima la “salud ética” para lo cual se ha requerido de la intención y el esfuerzo positivo desde gerencia hasta todos y cada uno de los profesionales que integra el centro, formando un gran equipo y suponiendo ello, un afán de mejora de todos puesto al servicio del bien común y, además, un afán por la mejora continua estando abiertos a un permanente cambio. En definitiva, el mayor grado de calidad ética existente en esta organización, viene determinado: por el grado de compromiso con la ética de todos los trabajadores, por la búsqueda de la excelencia humana de sus miembros y la mayor contribución posible al bien común de la sociedad, por su compromiso a la hora de cumplir con aquello para lo que ha sido creada y centrada, a su vez, en la búsqueda de la corrección ética y no en cumplir solamente con unas obligaciones o normas.

Según palabras de Guillén, M. (2006: 209) “Los elementos constitutivos de la organización: las personas, sus fines y sus medios puestos en común, están presentes en todas ellas, se dan en un pequeño comercio o una gran industria, de igual modo están presentes en cualquier institución que ofrezca un servicio a la sociedad, ya sea educativo, asistencial, político, etc. La calidad ética de una organización vendría dada por el grado de contribución que ésta proporciona al desarrollo humano propio y ajeno, es decir, por el mayor o menor grado de servicio al bien común, en sentido ético, que es capaz de aportar”.

Pues bien, para alcanzar esta calidad ética, tal y como veremos más desarrollado y puesto en práctica en el capítulo 5 de esta investigación, el centro debe contar, al menos, con tres elementos básicos como lo son la *misión*, la *visión* y el *cambio*, además del *compromiso por parte de la dirección y/u organización* ya que son los primeros responsables de que se dé mayor o menor calidad ética en la organización. Por ello, a continuación pasaremos a definirlos:

1.2.2.1 Elementos presentes en una organización con calidad ética

Compartimos un resumen de la descripción de cada uno de los tres elementos de los fines que deberían estar presentes en una organización con “calidad ética” según Guillén, M. (2006: 209-228):

1. La *misión* de las organizaciones con calidad ética:

¿Para qué fue creada la organización? ¿Para qué está aquí y ahora? Nótese que la cuestión no es ¿Por qué fue creada la organización?, pues esto supondría preguntar acerca de los motivos que llevaron a sus creadores a poner en marcha el proyecto. El objetivo de una organización es una cuestión que tiene que ver con su razón de ser o cometido, con su “misión”. O lo que es lo mismo, con lo que aporta a la sociedad en que se desenvuelve.

Por ejemplo, en el caso particular de una organización empresarial, su misión tendría que ver con la creación de bienes o servicios, la misión de un hospital tendría que ver con la salud, mientras que la de una universidad con la educación, o la de un ayuntamiento con el servicio público, es decir, el concepto de misión hace referencia al sentido de la organización. Si una organización careciera de misión, no tendría razón de existir.

Quizá la definición más sencilla que puede encontrarse de misión organizativa es la que la describe como “el propósito de la organización” Robbins (2005). O, también, como “su objetivo o razón de ser” Wagner [et al.] (2004).

Detrás de este concepto subyace una concepción “teleológica” de la organización, las organizaciones humanas se mueven por fines (“telos”, en griego), por metas u objetivos, que pueden describirse en un plano muy genérico, como ocurre con la misión a la que se está haciendo referencia, o en términos más operativos, llegando hasta la descripción de los objetivos más concretos, que no tendrían otro sentido que el logro de la misión.

Conocer cuál es la razón de ser de una organización implica para sus miembros estar en condiciones de lograr la meta común para la que se han unido o, por el contrario, de actuar sin orientación, sin rumbo. Cuando la misión de la organización es conocida, compartida y buscada de modo conjunto por sus miembros, es razonable pensar que la organización alcanzará mejor su finalidad en el día a día, que será más eficaz ya que tienen una responsabilidad común.

Como explica el profesor Pérez-López, existe un concepto de misión que es común e irrenunciable a cualquier organización, y otro que las distingue; el primero podría denominarse misión genérica, y el segundo misión específica. La misión genérica es aquella finalidad que es común a toda organización por su propia naturaleza constitutiva, y que se desprende de la definición del concepto de organización humana. De ahí que se pueda afirmar que “todas las organizaciones humanas tienen la misión genérica de desarrollar la confianza mutua entre sus participantes, ya que de ello depende el crecimiento de la propia unidad de la organización. Cuando hablamos de una organización concreta, hemos de referirnos, sin embargo, a su misión específica, que es la que determina el tipo de organización al que ésta pertenece” Pérez-López (2000).

Lo ideal sería que cada una de las organizaciones tuviera como misión la contribución al bien ético de sus profesionales y de la sociedad (en nuestro caso, por ejemplo lo son nuestros clientes, nuestros aliados, las asociaciones que colaboran y nos rodean, etc.) pero, si bien es cierto, que aún nos queda mucho camino por recorrer y por ello que esta contribución al bien en sentido ético deba ser considerada, de momento, como parte de la misión específica de la organización.

Para que una organización “no enferme” (con comportamientos por ejemplo deshonestos o inadecuados) desde el punto de vista ético, para que pueda ser calificada como “organización con calidad ética”, es necesario que como parte de su misión específica, de su razón de ser, incorpore de modo más o menos explícito la contribución al pleno desarrollo humano de sus miembros y de aquellos a quienes sirve, es decir, la dimensión ética. Debe existir la intención por parte de quienes dirigen la organización de cooperar en la generación de hábitos de comportamiento que humanicen a las

personas, que favorezcan su calidad humana, y no la envilezcan ¿Cómo? Una de las herramientas más potentes para ello, es a través de la formación e información, por ello, es imprescindible formar desde el inicio al nuevo miembro o profesional para evitar que desarrolle su trabajo sin rumbo, es necesario que sienta la responsabilidad común del proyecto.

Para un análisis más riguroso de este punto se puede realizar una distinción adicional. La consideración del ámbito interno y la del ámbito externo de la organización. Esta distinción permite aclarar si la organización posee calidad ética por contribuir al bien común (interno y externo), o si, por el contrario, busca contribuir exclusivamente al bien externo a costa del interno, o a la inversa.

Cuando se analiza la misión específica de la organización, se puede afirmar que “calidad ética de una organización” dependerá del grado en que se considere la dimensión ética en la concepción de la misión específica interna y externa de la misma. O lo que es lo mismo, la calidad ética será mayor a medida que entre los propósitos de la organización se incluya la búsqueda de bienes en su sentido no sólo útil y agradable, sino también en su sentido ético. Cuando la organización se propone proporcionar a sus miembros, a la sociedad, bienes que lo son en sí mismos como el respeto a la dignidad humana del hombre y de la mujer, a la veracidad, etc.

La “calidad ética de una organización” pasa, en primer lugar, por la presencia de “salud ética”, por la ausencia de comportamientos deshonestos. El logro de una organización “éticamente sana” es el primer paso hacia la mayor calidad, hacia la organización “éticamente excelente”, pero este paso no es automático, la “salud ética” requiere de la intención y el esfuerzo positivo por lograrla, tanto de la empresa como de sus miembros o profesionales.

Lo que caracteriza a la organización “éticamente excelente”, esto es, a la que posee el mayor grado de calidad ética en términos de definición de su misión, es que cuenta con una misión específica, interna y externa en la que se busca la excelencia ética para alcanzar la mayor contribución al bien común.

2. La *visión* de las organizaciones con calidad ética:

En términos generales la visión que posee una organización incluye no sólo aspectos éticos, sino todo aquello que hace referencia a su modo de concebir el logro futuro de la misión. Dentro del concepto más amplio visión de la organización estaría incluida la visión de la ética que posee cada organización, es decir, el modo de ver o concebir qué es la ética en esa organización, así como la percepción de la influencia que puede tener la dimensión ética en el futuro de la organización y, por tanto, su incidencia en el modo de trabajar en el día a día.

La *visión* indica la percepción del lugar que la organización espera ocupar en el futuro, hacia dónde se quiere dirigir. Qué actividad pretende desarrollar, qué servicios dará y cómo. En definitiva, constituye el modo de concretar la puesta en práctica de la que ha sido definida como misión específica. La visión describe el camino a seguir, para alcanzar la misión.

Mientras que la misión es la meta más general o el objetivo fundamental de la organización, el “para qué” estamos aquí, la visión constituye la concreción de “cómo” se logrará alcanzar la misión específica. Ese “cómo” sigue siendo todavía genérico, pues mira al presente y al futuro, de ahí que configure una filosofía, unos valores y unas intenciones que tendrán que ser detalladas en objetivos más precisos.

Ambos conceptos hacen referencia a los fines de la organización, de ahí la inevitable interconexión entre ellos, y su frecuente confusión. A su vez, ambos conceptos se encuentran mutuamente interrelacionados, pues la definición de la misión específica que se ha propuesto la organización vendrá determinada por los valores que poseen quienes dirigen la organización.

Es relevante saber que las empresas que actúan incumpliendo las leyes justas, pasan a denominarse organizaciones “éticamente enfermas” porque precisamente dejan de actuar con justicia. Por tanto tal postura no puede ser considerada como una visión de la ética, sino más bien como una visión de ausencia de ética.

La “visión de deontología ética” acepta y secunda las normas legales vigentes por lo que tienen de justas y considera aquellas normas y prácticas éticas que han sido establecidas y generalmente aceptadas en el ámbito en el que la organización desarrolla su actividad. Este enfoque asegura que la organización se mueve dentro del marco de normas éticas comúnmente aceptadas en el marco de la actividad en que se desenvuelve. Por tanto, se trata de una organización que cumplirá con aquello para lo que ha sido creada, dentro de la esfera de obligaciones propias de su actividad.

Bajo esta visión de la ética estarían incluidas todas las organizaciones que cumplen con sus obligaciones civiles, fiscales o laborales, así como de respuesta a lo que la sociedad exige de ellas, con lo que esto garantiza en el plano de la seguridad de quienes las integran y del funcionamiento de las instituciones civiles de esa sociedad. Algo que desgraciadamente no ocurre en todos los países civilizados.

La “visión de la integridad ética” añade al enfoque deontológico la consideración de valores éticos que llevan el esfuerzo personal por lograr, mediante el autogobierno, actuar correctamente, conforme a bienes éticos. En este caso la norma ética no se reduce a lo establecido por la ley o los códigos de conducta, sino que se deduce del juicio personal según una escala de valores éticos, que busca obrar rectamente, conforme a principios.

Esta visión de la ética puede tener una repercusión mayor en la definición de la misión específica de la organización, siempre que los principios y valores éticos se incorporen entre los elementos que definen la razón de ser de la organización. Lo más significativo de esta visión es el papel pro-activo que se concede a cada persona en la búsqueda del bien. La ética se centra en esta búsqueda de la corrección ética y no, exclusivamente, en secundar unas obligaciones o cumplir unas normas.

La integridad de los miembros de la organización se convierte en un elemento que preocupa a quienes dirigen la organización. No se trata de una restricción o una regla del juego que ha sido marcada por el acuerdo o la autorregulación de diversas organizaciones, sino como la coherencia con unos principios éticos en el

comportamiento habitual que asegurará un clima de confianza y unidad en las relaciones organizativas.

La “visión de excelencia” de la ética constituye un paso más en la incorporación de la ética en los fines de la organización. Esta concepción considera a las anteriores (las leyes justas, las normas, principios y prácticas de la deontología profesional, así como los valores éticos) pero, además, concede a la dimensión ética un papel clave en la misión específica de la organización, pues entiende que como parte de la razón de ser de la organización se encuentra contribuir al bien común y al pleno desarrollo humano de sus miembros.

Esta noción de la ética, que incorpora todos los elementos de las anteriores, constituye la más pro-activa, constructiva y comprometida de las posibles visiones de la ética. Una “visión de excelencia ética” supone poner los medios necesarios para lograr una “organización éticamente excelente”.

La excelencia se entiende, comúnmente, como la “superior calidad o bondad que hace algo digno de singular aprecio y estimación”. Por su propia naturaleza, la excelencia en el marco de la ética supondría un permanente afán de mejora de todos los miembros de la organización puesto al servicio del bien común. Por ello, la importancia de la mejora continua.

En este enfoque se subraya el logro de hábitos estables buenos en el comportamiento de los miembros de la organización. Junto a las normas de conducta y la búsqueda del bien, se subraya la puesta en práctica de éstos mediante virtudes éticas. La excelencia se extiende entonces a aspectos que van más allá de la integridad como son la gratitud, que lleva a corresponder con gestos o manifestaciones a aquello que se recibe; y tantas otras virtudes éticas que están en la base de comportamientos de servicio y calidad humana excelentes. Todo ello, sin lugar a dudas, fomentará la confianza de nuestros clientes y la sociedad en general.

Sea cual sea la “visión de la ética” que se dé en la organización, requieren una actitud y un esfuerzo por cambiar, por mejorar constantemente, por lograr comportamiento éticos que no surgen de modo espontáneo. El cambio es el tercer elemento en el orden de los fines que debería estar presente en una organización con “calidad ética”.

3. *El cambio* hacia la “calidad ética”:

El cambio que se plantea aquí estaría justificado por la necesidad de lograr aquello que marca una misión específica comprometida, en mayor o menor grado, con la ética. Y, a su vez, el compromiso dependerá de la “visión de la ética” que posean quienes gestionan la organización.

Por qué, para qué y hacia dónde cambiar son cuestiones que deben conocer quienes dirigen la organización. Las personas que dirigen son, por tanto, los primeros responsables de que se dé mayor o menor calidad ética en la organización, pues de su visión de ésta dependerá que se fomente o no el cambio hacia la calidad. Ellos deberían ser los impulsores naturales, pero la tarea corresponde a todos los miembros de la organización. Y si bien no son los impulsores naturales, como tal vez ocurrió en la

investigación que nos ocupa lugar, es muy importante que cuenten con una mentalidad abierta, dispuesta al cambio y depositando su confianza en proyectos dirigidos a alcanzar esta calidad ética.

A continuación, se describen de modo secuencial cuáles son algunos de los factores clave para lograr cambios en las organizaciones. En la figura 3, se recoge un grupo de aspectos necesarios para el cambio, y las consecuencias que tendría su ausencia en el proceso:

Factores que influyen en el logro del cambio:

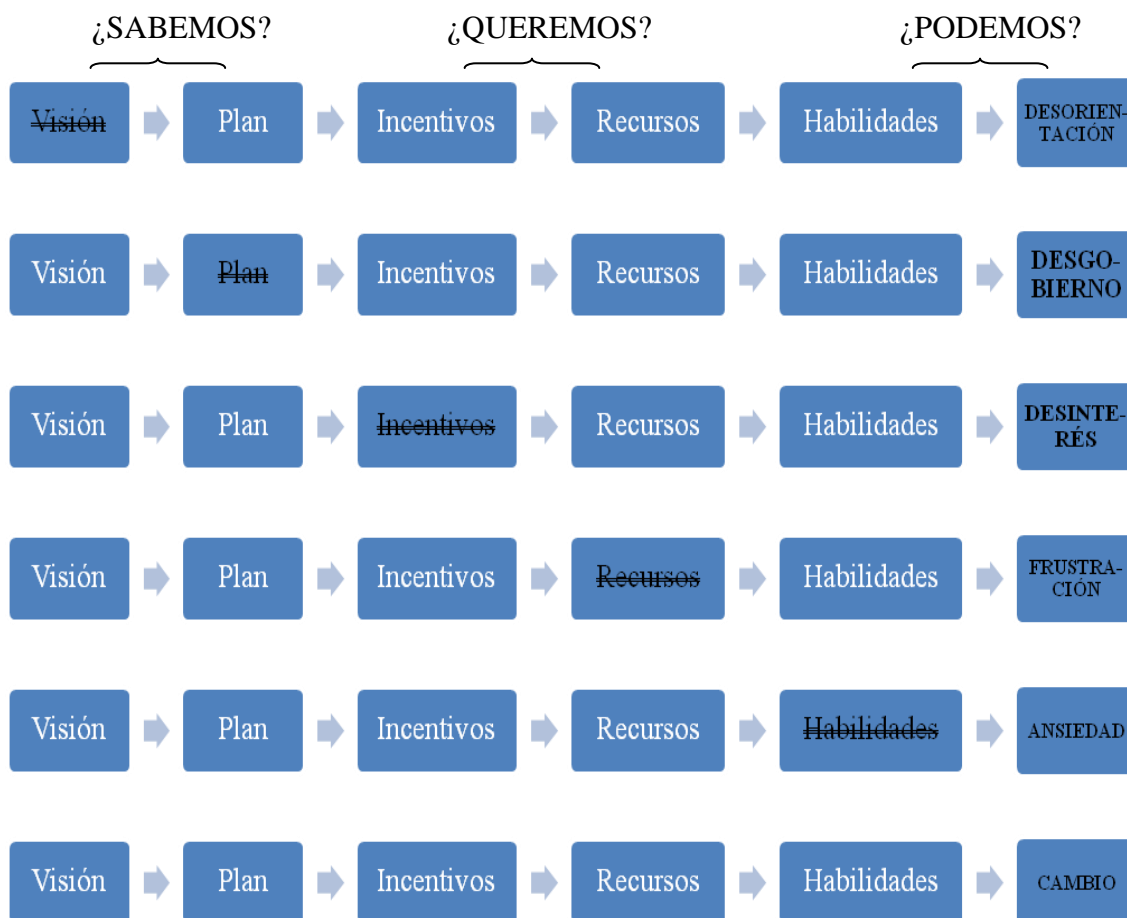


Figura 3. ¿Qué factores hacen posible el cambio hacia una “organización éticamente saludable”?
Fuente: Elaborado por D. Antonio Debón Icardo, FPS&LLA Coord. (Ford España, S.A.), (2005).

El autor explica que el cambio hacia la calidad ética organizativa requiere que todos los miembros de la organización *sepan* la respuesta a las cuestiones básicas planteadas más arriba conociendo la visión de la ética que se pretende compartir.

Además de saber, es necesario que los miembros de la organización *quieran* y deseen este cambio, estén decididos a actuar bajo principios comunes que buscan la mejora en cuestiones relacionadas con la ética. Y, junto al saber y al querer, se requiere que las personas *puedan* poner en práctica normas y conductas de calidad humana, pues cuentan con los medios requeridos para lograrlo. Como se refleja en la figura 3, es muy difícil que el cambio hacia la ética se produzca si no se ha reflexionado y trabajado

sobre estas cuestiones y no se les ha dado respuesta. A continuación, se analizan los distintos factores:

- El cambio hacia la “calidad ética” pasa, en primer lugar, por la reflexión de quienes mandan en la organización acerca de la “visión ética” que consideran más adecuada.

Como ya se dijo, la visión indica la posición futura en la que desea estar la organización. Esta posición supone una toma de postura acerca de qué papel juega la ética en la organización. Si esta postura no se hace explícita, es decir, no se da a conocer difícilmente podrá lograrse un cambio de toda la organización que vaya en la misma dirección ya que no existe la guía para alcanzar el objetivo. Consecuencia de ello, desorientación.

De entre las posibles posturas prácticas que se han definido más arriba acerca de la “visión de la ética”, un enfoque eminentemente “legalista”, dentro del marco de una “visión de deontología ética” requeriría poner los medios para que todos los miembros de la organización actuaran legalmente. Éste es un primer paso que permite poner las bases para lograr que se sigan unos mínimos criterios de justicia legal, si bien no tiene por qué asegurar que todos los comportamientos sean éticos.

Si la visión de la ética o el enfoque asumido por quienes dirigen la organización es no sólo legal sino propiamente ético, es decir, se adopta una “visión de deontología ética”, el grado de compromiso con la dimensión ética debería ser mayor, y requeriría un plan más ambicioso para su puesta en práctica. Sería ingenuo pensar que todos los miembros que se incorporan a la organización conocen y, además, van a poner en práctica de modo espontáneo los criterios de conducta ética que van más allá de los límites de la ley.

Ejemplos de aspectos que no tienen por qué estar regulados por ley, pero que las organizaciones pueden requerir de sus miembros pueden ser: el buen uso de los bienes de la organización; el compromiso de no utilizar determinada información, incluso una vez terminada la relación contractual con la organización; la conveniencia de que toda información que aporte la organización hacia el exterior sea veraz, etc.

En definitiva, si se espera que todos los miembros de la organización asuman como propios unos deberes éticos, que no se reducen a lo estrictamente legal, sino que se apoyen en derechos éticos de terceros, que la dirección juzga como necesarios, entonces los medios a emplear para que esta “visión” sea una realidad tendrán que ser distintos de los puramente jurídicos. Esta “visión de la ética” implica, necesariamente, un mayor esfuerzo en las siguientes fases del “proceso de cambio”.

Si en la visión de integridad ética se habla del aseguramiento de comportamiento éticos, en una “visión de la excelencia ética” el enfoque irá más allá, al tratar de crear hábitos estables de comportamiento virtuosos. Se trataría, pues, de un enfoque de mejora continua, de permanente cambio. Esta visión no sólo aseguraría la salud ética de la organización, sino que sería aquella que tendría como perspectiva de futuro el logro de una “organización éticamente excelente”.

Para seguir con la descripción del resto de factores requeridos en el proceso de cambio hacia la “calidad ética”, se tomará como referente la visión de la ética que busca la excelencia. La razón para hacerlo así radica en su carácter integrador ya descrito: el enfoque de excelencia incorpora entre sus características a los enfoques deontológicos, y de integridad.

La reflexión acerca de la visión como primer paso para el cambio permite crear una imagen de futuro para todos los miembros de la organización, reduciendo así la incertidumbre acerca de lo que se espera de cada persona. La reflexión facilita igualmente la exposición de los beneficios de la visión asumida, y los esfuerzos que su logro requerirá de cada persona. Por último, y como ya se vio, la reflexión acerca de la visión marcará las pautas para la definición de la misión específica de la organización y para poder desarrollar planes concretos que permitan saber hacia dónde dirigirse.

- El desarrollo de un plan de cambio hacia la “calidad ética” constituye el segundo paso para que su logro llegue a ser una auténtica realidad. Este plan, vendrá determinado por la visión de la ética que asuman quienes gobiernan la organización. La planificación de actividades pasa por el diseño de instrumentos que permitan gobernar el cambio, asegurando el conocimiento y cumplimiento de las leyes justas, como primer paso; de las normas de buena conducta, si se asume además el enfoque deontológico; y poniendo los medios para que se fomenten comportamientos excelentes, si el enfoque ético asumido es el más amplio.

En el enfoque más deontológico, los planes de acción estarán centrados en el ámbito del control y la inspección de los procesos que se llevan a cabo en la organización, lo que permitirá asegurar que la ética es considerada y puesta en práctica por todo el mundo y de una manera justa. Cuando el enfoque es de integridad, el aseguramiento de la ética lleva a desarrollar acciones más preventivas, a actuaciones informativas y formativas, más amplias. Se produce un seguimiento sistemático de la puesta en práctica de las normas que se propugnan en pro del desarrollo de una actividad con calidad ética, habitualmente respetuosa, veraz, ecuánime, etc.

El plan de cambio, con mayor o menor grado de detalle, constituirá para todos una lista de comprobación que permita medir el progreso del cambio alcanzado en cada caso. Si falta la planificación, no es posible el seguimiento del proceso de cambio. No basta con saber qué calidad ética se espera de la organización, es necesario conocer también los medios que se pueden poner para lograrla y que éstos sean conocidos por todos los miembros de la organización, lo contrario llevaría al desgobierno en el proceso de cambio.

- En cualquier proceso de cambio organizacional, como se ha visto, lo primero es saber hacia dónde y cómo cambiar y, posteriormente es querer y desear cambiar, es decir, estar dispuesto y ser consciente de que ello supondrá un esfuerzo. Por ello que la motivación para el cambio hacia la mejora ética en una organización requiere el empleo de incentivo ¿Y qué se entiende aquí como incentivo? en su sentido más amplio, el incentivo es entendido como “todo aquello que mueve o excita a desear o hacer algo”. En el caso particular que nos ocupa, el incentivo dentro de la organización estaría encaminado a mover al crecimiento en calidad ética.

Algunos autores han descrito tres aspectos básicos para la motivación o la creación de buenas disposiciones hacia el cambio: sensibilizar, mostrar y comunicar. Es decir, en primer lugar, se debe explicar por qué debe hacer un cambio, *sensibilizar* sobre la conveniencia del cambio. En segundo lugar, se debe *mostrar* la diferencia entre la situación que puede llegar a alcanzarse en el futuro (deseable) y la que existe en el momento presente (menos deseable). Finalmente, se debe *comunicar* los resultados positivos y realistas que se obtendrán, sin ocultar lo que no funcionará en caso de no llevar a cabo el cambio. Cuando hay interés, cuando los miembros de la organización quieren cambiar, y saben por qué y hacia dónde, entendiendo los beneficios comunes de la calidad ética, el cambio podrá

producirse si las personas cuentan con los medios. Junto a la necesidad de que todos los miembros de la organización sepan que se quiere realizar un cambio, y quieran, es necesario mostrarles que se puede.

- Llegados hasta este punto, lógicamente el proceso de cambio requiere contar con los recursos necesarios para su puesta en práctica, si no obviamente surgirá la frustración. Sea cual sea el enfoque ético asumido por la organización, la dotación de recursos es necesaria, tanto para cumplir con las normas legales, como con las prácticas de buena conducta o con los principios de la excelencia que llevan a dar lo mejor de sí en el servicio a los demás. El compromiso con la ética que construye confianza y utiliza el diálogo como arma para la resolución de conflictos, será más eficiente en la supervisión, la comunicación, etc.
 - Por último, los procesos de cambio organizativos requieren también el desarrollo de competencias y habilidades. Si se exige a la organización el cumplimiento de normativas acerca de seguridad e higiene en el trabajo, por poner un ejemplo, no bastará con dotar de los recursos económicos y materiales para su cumplimiento. Junto a la dotación de recursos, la organización debe preocuparse por adquirir las capacidades necesarias para poner en práctica aquello que la hará ganar en calidad humana. Si se cuenta con metas claras y recursos, pero faltan habilidades, surgirá la ansiedad al comprobar que no se logra el cambio. Por ejemplo, en un centro sociosanitario surge que un usuario padece una enfermedad contagiosa y para su higiene se facilita al personal de atención directa todos los recursos materiales necesarios pero estos desconocen cómo, tras su uso, se deben desechar correctamente para evitar nuevas infecciones, aquí surgirá la ansiedad y la angustia por no saber cómo alcanzar correctamente los cambios. La formación e información y el reciclaje, resulta ser un punto clave para el desarrollo de habilidades.
- Cuando el enfoque de la ética asumido es el de la excelencia, los esfuerzos por lograr un servicio común de calidad humana pasan necesariamente por la mejora continua, por el aprendizaje permanente que, a su vez, implica la necesidad de hábitos o cualidades personales que son virtudes éticas.

1.2.2.2 Compromiso en la organización con calidad ética

Por otro lado, continuando con lo que nos expone Guillén, M. (2006: 246-255) respecto al compromiso en las organizaciones con calidad ética, debe destacar el compromiso de la dirección y de la organización, según este autor:

1. El compromiso de la dirección con la ética: la ejemplaridad:

La dirección, gerencia u otras personas que representan a la empresa, deben planificar, organizar y controlar tanto los fines como los medios a los que se ha hecho referencia para lograr su misión. Por esta razón, corresponde a la dirección, en primer lugar, establecer el papel que se concede a la ética en el gobierno de la organización para guiarla y orientarla hacia la puesta en práctica, al igual, la dirección velará por el alcance de los fines organizativos, su eficacia y su eficiencia.

Si los mandos directivos e intermedios, como por ejemplo pueden ser supervisores, prestan atención a la ética, tomándoselo en serio y reflejando al resto su interés ya no solo por alcanzar buenos resultados, sino por conseguir hacer el mayor bien, la efectividad para conseguir comportamientos éticos en el resto de profesionales o miembros de una organización será muy alta.

El peso de calidad ética que se logre en una organización vendrá condicionado por el grado de importancia que concedan a ésta quienes la gobiernan, pero más allá de las intenciones, lo determinante será su compromiso real y sus acciones.

El compromiso de la dirección con la ética viene dado por el grado de autoobligación por parte de quien manda en una organización con la dimensión ética: con las normas, los bienes y las virtudes éticas.

El compromiso ético de la dirección, cuando está apoyado sobre una visión de carácter deontológico de la ética, se centra en unas normas que son externas a quien decide, lo que requiere asumir obligaciones dadas, y en las que no se precisa un alto grado de implicación por parte del que gobierna. En términos prácticos, se requiere el conocimiento de la ley y los códigos de buenas prácticas propios de la actividad que se desarrolla, su transmisión y el aseguramiento de su cumplimiento.

Si el compromiso ético que adquiere la dirección va más allá del enfoque deontológico y asume una visión de la ética de la integridad, entonces el esfuerzo será mayor ya que el grado de obligación y de implicación personal que se requiere será más elevado. La regulación ética no es ahora iniciativa exclusiva del legislador o de un grupo distinto al que debe decidir, y no se reduce al cumplimiento de unas normas dadas. En este enfoque la dirección asume como propios unos principios y valores éticos que podrá transmitir, pero que cada miembro de la organización deberá hacer propios, es algo de carácter interno. El cumplimiento de unas normas, es solo algo de carácter exterior, insuficiente para alcanzar un compromiso ético.

La ejemplaridad por parte de la dirección en el cumplimiento de lo que se exige a todos en la organización, más allá del estricto cumplimiento de normas, se convierte en requisito imprescindible para que la ética se extienda y sea efectiva. El grado de responsabilidad libremente asumido para la organización es mayor, pero debe comenzar por quien lo promueve.

Lograr que otras personas se esfuercen por alcanzar virtudes como el respeto, el agradecimiento, la amabilidad o la lealtad no es algo que pueda ser exigido. Si se espera que los miembros de la organización sean serviciales, que actúen guiados por una motivación para el servicio, que redundará en un mejor servicio hacia el exterior, será necesario que este comportamiento comience por quienes mandan. Por ello, que si buscamos la excelencia ética, la ejemplaridad de los mandos directivos es un elemento fundamental para conseguirlo.

Como afirma Vélaz (1996: 277), “cuántos directivos quisieran ver en sus subordinados esa motivación racional por motivos trascendentes. ¿Cómo lograr que los miembros de una organización obren de acuerdo con esa clase de motivación?... El primer paso para lograrlo es la ejemplaridad”.

Dado que los miembros de la organización son personas libres, el compromiso de la dirección con la excelencia ética llevará a facilitar su pleno desarrollo humano en lo que se refiere a la mejora de la calidad en sus motivaciones y de sus virtudes personales mediante la confianza y el diálogo.

A continuación se recogen tres tipos de acciones que puede llevar a cabo la dirección, siempre que pretenda liderar un proceso de cambio hacia una organización éticamente excelente. Según Pérez-López (1998: 97-101), el primer paso a dar por la dirección tendrá que ser el de lograr “no ser un obstáculo para que sus subordinados actúen por motivación trascendente cuando quieran hacerlo”. En segundo lugar, “debe instruir a sus subordinados acerca del valor real de sus acciones; enseñarles a valorar las consecuencias de sus acciones para otras personas”. Por último, el tercer tipo de acción de la dirección que quiera ejercer el liderazgo para la calidad ética es precisamente la ejemplaridad que, más que una línea de acción, constituye la condición para poder aplicar los dos tipos de actuación previamente descritos. “Tan solo un directivo que se esté esforzando seriamente por actuar por motivación trascendente tendrá la posibilidad de influir sobre sus subordinados en ese plano. En la medida en que él mismo actúe por motivación trascendente estará haciendo lo mejor que puede hacerse para convencer a otras personas de que actúen también del mismo modo”.

Para nuestra investigación, este tipo de acciones expuestas por Guillén se tienen en cuenta desde el principio ya que la iniciativa del desarrollo de la misma viene precisamente de la propia dirección del centro, la cual pretende liderar el proceso de cambio hacia una organización éticamente excelente apoyada, en todo momento, por el resto del equipo profesional.

2. El compromiso de la organización con la ética: una tarea común:

Efectivamente, tal y como ya hemos comentado, el compromiso de los mandos directivos con la calidad ética es fundamental pero a la vez, para lograrla necesita también el compromiso de los mandos intermedios. Estos mandos, juegan un papel fundamental entre los mandos directivos y el personal de atención directa para los cuales son el referente. El compromiso de todos los miembros de la organización con la ética hará que sea posible alcanzar el objetivo. Cuanto mayor peso de calidad ética exista en la organización, significará que mayor es el grado de compromiso con la ética de todos sus miembros. Se trata de una tarea común.

Este compromiso supone para la persona libre una autoobligación voluntaria que puede venir dada por la confianza depositada en y entre la empresa. Desde luego que antes de comprometerse a algo, la persona valorará los beneficios que ello puede aportarle, por ello, una vez más, el diálogo y la confianza son herramientas muy poderosas para conectar a la persona con un compromiso ético.

Una vez establecido el compromiso de modo voluntario por ambas partes, si realmente se logra el bien que se perseguía, el compromiso se verá reforzado. Cuando quienes representan a la organización cumplen sus compromisos con el resto de sus miembros, y viceversa, la confianza y el compromiso mutuo se consolida. Esto, nada tiene que ver con cuestiones legales (contratos, cumplimiento de normativas, etc.) este compromiso va más allá siendo muy útil y beneficioso en el día a día ya que, de algún modo, y de una manera totalmente voluntaria volvemos a humanizar las cuestiones que puedan surgir buscando el bien común mediante la responsabilidad también común de todo el equipo o miembros que forman la organización.

Dado que las cuestiones acerca del compromiso y de la confianza han comenzado a recibir gran atención por parte de los estudiosos en el ámbito de las

organizaciones, a continuación trataremos sobre el concepto de la lealtad ¿Qué es? ¿En qué consiste? La lealtad podría definirse en este caso como la fidelidad voluntaria con los compromisos adquiridos, y a atenerse a la palabra dada de modo expreso o tácito. Actualmente y por desgracia, en muchas organizaciones la lealtad de sus trabajadores es muy pequeña y, como consecuencia, la rotación de personas resulta muy elevada, mientras que en otras, se podría considerar que en la minoría, el fuerte grado de compromiso con el proyecto laboral lleva a sus miembros a permanecer en ellas a pesar de no obtener los bienes útiles que podrían alcanzar en otros lugares ¿Cuál es la razón? Construcción de relaciones humanas: las 3 C's.



Figura 4. ¿Sobre qué pilares se apoya la construcción de la confianza en las relaciones humanas?
Fuente: Manuel Guillén Parra (2006).

Guillén afirma que la respuesta a esta cuestión tiene que ver con la relación circular entre confianza, compromiso y comportamiento que se refleja en la figura 4. Se confía en algo o en alguien cuando se juzga que se tiene seguridad en que se logrará un bien, un beneficio. Al igual que la confianza, el compromiso también es un concepto intangible, pero está más ligado a la voluntad, es adquirir una autoobligación para mantener una relación con algo o alguien.

Pues bien, si las relaciones humanas están basadas tanto en la confianza mutua como en el compromiso también mutuo, estaremos construyendo relaciones más estables que es lo que configura el tejido organizacional, la unidad y cohesión de sus miembros.

Es cierto que en las últimas décadas se ha dado mucha importancia al papel de la motivación de las personas en las organizaciones, y muy poca al compromiso mutuo. Evidentemente, la motivación da lugar a la confianza y ésta nutre al compromiso, pero la última palabra la tiene la decisión voluntaria comprometida, por ello, que se podría decir que ambas son de suma importancia para que un proyecto termine siendo un éxito.

La estabilidad de las relaciones humanas en la organización es tarea común, el comportamiento humano de ambas partes implicadas en la relación refuerza o debilita la confianza y el compromiso mutuos. Una organización que espere de sus miembros por

ejemplo un comportamiento éticamente excelente, dado que la tarea es común, los líderes de la misma, deben comportarse y mantenerse en la misma línea.

En una situación de dificultad económica, una persona podría permanecer en la organización y no marcharse por razones de relación afectiva tanto con el resto de miembros de la organización como con el resto de la sociedad en la que se integra. Un ejemplo real ocurrido en el centro de estudio, fue cuando una de las antiguas empresas que gestionaba el centro, por problemas económicos, dejó durante unos meses de abonar las nóminas a sus trabajadores, pues bien, el compromiso ético que tenían estos profesionales con el centro y la confianza depositada en la nueva empresa gestora, hicieron que se mantuviese todo el personal sin que nadie se marchase ya que todos consideraban que tenían una responsabilidad común. Estas circunstancias, tal y como hemos visto, hacen que se refuerce y se unan aún más las personas de una organización.

En la práctica, la persona que pertenece a una organización que se ha comportado bien con ella en sentido ético, experimentando el interés por su desarrollo pleno, habiendo sido tratada con respeto, equidad, lealtad, tendrá muchos motivos para corresponder, recíprocamente a este tipo de comportamiento. Y, en momentos de dificultad económica tal y como hemos visto en el ejemplo del anterior párrafo, el compromiso ético, puede ser la razón que valore voluntariamente la persona para continuar en la organización

Los altos niveles de rotación en muchas organizaciones hablan, precisamente, de la inexistencia de auténtica organización, en su sentido más básico, de ausencia de interés por la persona, que es su elemento constitutivo. Afortunadamente, respecto a este último punto expuesto por Guillén, el centro seleccionado para la investigación, cuenta en principio con este compromiso observándose, a la vez, una muy baja rotación del personal tal y como se podrá observar.

CAPÍTULO II: ÉTICA PROFESIONAL

“Hoy en día la demanda de mayor reflexión ética sucede, no sólo en medicina, sino también en psicología, ingeniería y, por supuesto, en profesiones sociales como el trabajo social o la educación social. De ahí la necesidad de desarrollar más profundamente la llamada ética profesional como una parte importante de la ética aplicada, con el objetivo de realizar una reflexión ética sobre la problemática concreta de cada profesión” (Úriz, M.J, 2005: 2-3).

Compartimos además, la afirmación de María Jesús Úriz (2005:3) la cual expone que la ética profesional, no sólo es necesaria, sino que además mejora el ejercicio profesional ya que cuanto mejor desarrollada esté, probablemente incrementemos la confianza de la sociedad en esa profesión.

Continuando con esta autora, es cierto también que cuando un profesional, de manera individual, tiene que hacer frente a un problema ético, tiene que recorrer un camino que va desde los principios y normas de su código deontológico hasta la concreción de su propia moral. Por ello existe la necesidad de que la ética profesional esté conectada con la resolución de los problemas éticos. En el centro donde se desarrolla la investigación, esta conexión nos parece fundamental para la correcta resolución cotidiana de las cuestiones éticas, que no son pocas.

Pues bien, tal y como nos resume Úriz (2005:9), dentro de la ética profesional, se pueden distinguir tres dimensiones:

- La teleológica: que trata sobre los fines, valores y principios.
- La deontológica: que trata de los deberes y normas que normalmente se reflejan en el código deontológico.
- Y la pragmática: que trata sobre las consecuencias. Esta última dimensión es la más difícil y la más práctica, puesto que es en la que se analiza éticamente las acciones concretas. En ella, es donde se sitúan las actuaciones de los Comités de Ética que, como veremos en la parte pragmática de la investigación, desempeñan un papel fundamental dentro de la ética profesional al igual que otras herramientas como lo son las Auditorías Éticas.

Dimensión teleológica	Fines	Valores, principios
Dimensión deontológica	Deberes, normas	Códigos deontológicos
Dimensión pragmática	Consecuencias	Analizar éticamente las acciones concretas. Comités de ética.

Tabla 1. Las tres dimensiones dentro de la ética profesional.
Fuente: “La Ética en la Intervención Social”. Úriz Pemán, M.J (2005: 9).

En la opinión de Úriz (2005: 10), la cual compartimos, nos dice que “uno de los principales retos pendientes de la ética profesional es la integración de estas tres dimensiones. El análisis ético de cada acción tiene que tener en cuenta los valores, principios, deberes y normas de la profesión, pero también tiene que tener las herramientas necesarias para poder aplicarlos y contextualizarlos. En toda ética profesional suelen estar más desarrolladas las dos primeras dimensiones, pero falta un mayor desarrollo de la dimensión pragmática”. Es por ello, que en esta investigación se

quiere, de algún modo, asumir este reto, poniendo más en práctica esta dimensión con la utilización de distintas herramientas éticas que, tal vez, resulten desconocidas para algunos profesionales.

2.1 Dimensión teleológica

“Esta dimensión tiene en cuenta tanto los fines últimos como los principios de las empresas, organizaciones, de la profesión..., que orientan el sentido de lo que se hace” (Lima, A.I, 2008:6). Es por ello, que a continuación se procede a explicar y a diferenciar lo que son valores de los principios y reglas y, seguidamente, se expone un resumen del documento “Ética en el Trabajos Social, Declaración de Principios” de García Álvarez, B. (2007) donde, a modo de ejemplo, se puede observar cómo se orienta en este caso a los trabajadores sociales a basar en la ética sus actuaciones.

1. Valores, principios y reglas. (Úriz Pemán M.J., 2005, 12-14):

En un sentido muy amplio, *valor* hace referencia a algo que apreciamos, a algo que valoramos en sí mismo o por alguna de sus principales características. En opinión de Dewey, el término *valor* conlleva también una cierta preferencia de algo sobre otras cosas. Así, en el terreno moral, cuando hablamos de valores nos estamos refiriendo a ciertas guías o criterios que utilizamos para seleccionar determinados comportamientos que consideramos buenos o deseables (Loewenberg & Dolgoff 1996, 19). Los valores serían entonces la base desde la que se derivarían los principios y reglas morales.

En cuanto a los principios éticos básicos para la intervención social, hoy en día destacan cuatro: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

No-maleficencia	No hacer el mal	Deber público
Justicia	Distribución equitativa de los recursos	Deber público
Autonomía	Respetar la libertad de las personas	Deber privado
Beneficencia	Hacer el bien	Deber privado

Tabla 2. Principios éticos básicos para la intervención social.
Fuente: “La Ética en la Intervención Social”. Úriz Pemán, M.J (2005: 13).

Continuando con esta autora, una de las principales discusiones con la que nos encontramos en la ética profesional es si se pueden establecer o no jerarquías entre los diversos principios éticos. Hay que reconocer que es difícil establecer una jerarquía de un modo genérico y más aún cuando sucede un conflicto entre varios principios. Entre las pocas propuestas de jerarquización citamos la de D. Gracia, con su aplicación a la Bioética. El argumento para la jerarquización se basa en la distinción entre deberes públicos y deberes privados y su propuesta está reflejada en la tabla adjunta.

2. Documento “Ética en el Trabajos Social, Declaración de Principios” (García Álvarez, B., 2007, 173-179):

Este documento aprobado por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) y de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social en Adelaida (AIETS), Australia, Octubre 2004, pretende

animar a los trabajadores sociales de todo el mundo a reflexionar sobre los retos y dilemas a los que se enfrentan y a basar en la ética sus actuaciones en cada caso concreto. Algunas de estas áreas problema son:

- El hecho de que los trabajadores sociales se encuentran, a menudo, ante una situación de conflicto de intereses.
- El hecho de que el trabajador social tiene a la vez funciones de ayuda y de control.
- Los conflictos entre el deber de los trabajadores sociales de proteger los intereses de las personas con quienes trabajan y las demandas de la sociedad de eficiencia y utilidad.
- El hecho de que los recursos en la sociedad son limitados.

¿Qué principios determina como principios básicos?:

- Derechos humanos y dignidad humana: el trabajo social se basa en el respeto al valor y dignidad inherentes a toda persona, y a los derechos que de ello se desprenden. Los trabajadores sociales deben apoyar y defender la integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona. Es decir, que respetarán el derecho a la autodeterminación, promoverán el derecho a la participación, tratarán a cada persona como un todo e identificarán y desarrollarán sus fortalezas.
- Justicia social: los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de promover la justicia social, en relación con la sociedad en general, y con las personas con las que trabajan. Por ello, desafiarán la discriminación negativa, reconocerán la diversidad, distribuirán los recursos equitativamente, se opondrán a las políticas y acciones injustas y trabajarán en solidaridad.
- Y respecto a la conducta profesional, se determina que ha de ser: empática, íntegra, no subordinada a intereses ajenos, confidencial, colaboradora con otros profesionales y responsable ante los usuarios y las administraciones y/o organizaciones.

Aclarar que tanto las áreas problema como los principios básicos expuestos, aunque hagan referencia al Trabajo Social, son perfectamente aplicables a otras profesiones del sector sociosanitario.

2.2 Dimensión deontológica

En esta dimensión “los profesionales, en función de su autonomía, son libres para conducir la acción profesional pero a la vez orientan su práctica profesional de acuerdo a unas normas, que se convierten en deberes” (Lima, A.I., 2008: 19).

Siguiendo con esta autora, a continuación se plantean unos principios operativos básicos basados en los valores de emancipación humana, libertad, justicia social, solidaridad y participación que sirven para las distintas áreas de intervención social existentes en el centro residencial de estudio:

- Defender los derechos humanos a nivel social, político, civil, cultural y económico.

- Apoyar y promocionar iniciativas que favorezcan la integración, teniendo en cuenta la realidad social, los intereses de nuestros clientes (usuarios, familias, etc.) y la participación de la sociedad.
- Aportar acceso real y justo a todas las personas a los bienes materiales y culturales producidos socialmente, y a la participación social en las decisiones referentes a las cuestiones colectivas en su condición de usuarios sin discriminación de género, opción sexual, etnia, religión, condición social, económica, etc.
- Dar respuesta a los problemas sociales a través de las políticas sociales y la participación.
- Respetar la autodeterminación de las personas, grupos u organizaciones.
- Aplicar un ejercicio profesional competente y comprometido con las demandas sociales, garantizando la calidad técnica y ética de los servicios prestados.
- Garantizar el pluralismo a través del respeto a las corrientes teóricas y políticas, democráticas existentes en el ámbito de la profesión.
- Comprobar el ejercicio profesional que de acuerdo con los principios éticos, puedan responsabilizar a los profesionales por las consecuencias éticas que surjan de su intervención profesional.

Seguidamente, dado que, como es lógico, dentro de esta dimensión se encuentran los códigos deontológicos, se va a proceder a definir sus funciones y contenidos y además, se explicará su utilidad:

1. Los códigos deontológicos:

Según la Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales del Trabajo Social, Ana Isabel Lima (2008: 21), “los códigos deontológicos orientan la intervención, en la medida en que aportan criterios y claves para responder a los fines de una actuación. Ayudan a decidir qué es lo mejor en una determinada situación y dentro de unos marcos sociales que determinan la convivencia de acuerdo a unos valores socialmente aceptados.

El código de ética profesional representa una defensa de la profesión, no una defensa corporativa de una categoría profesional. Representa la defensa del ejercicio por ejemplo del trabajo social con calidad, lo que significa una defensa de los usuarios, de los profesionales, de los espacios de trabajo y en consecuencia de los derechos.”

Respecto a la ordenación del ejercicio profesional, la Presidenta del Consejo de Trabajo Social nos resume las tres funciones del código:

- Informa sobre cuáles son los fundamentos y criterios éticos específicos sobre los que se va a basar la relación profesional-personal. Estos criterios son de carácter científico-funcional, para el ejercicio de la profesión de que se trate. Pese a que la elaboración de los códigos deontológicos corresponde a los colegios profesionales, si bien es cierto, que esta función está perdiendo peso, ya que existen instituciones que se encargan de crear sus propios criterios éticos específicos.
- Aporta causas y orientaciones éticas para el ejercicio de la profesión y también, supuestamente ayuda al profesional a tomar determinadas decisiones éticas aunque, en ocasiones puede ocurrir que el colegiado pueda actuar de otra manera sin contradecir el código. En la actualidad es una de las funciones relevantes de los colegios profesionales.

- Es coercitivos ya que controla las actuaciones negativas desde un punto de vista ético con la posibilidad de imponer sanciones disciplinarias a los colegiados que incumplan los dictados de los códigos deontológicos. Esta función tiene la particular singularidad de conferir a éstos relevancia jurídica estatal, lo que viene a conferir a la deontología ciertas coincidencias con el Derecho en lo que se refiere a la utilización de un procedimiento típicamente judicial.

Por otro lado, Úriz M.J. (2005:15), nos resume el análisis realizado por Sarah Banks (2004) con respecto a los contenidos de los códigos profesionales los cuales normalmente contienen:

- Afirmaciones referidas a los propósitos de una profesión (por ejemplo, *el Trabajo Social tiene como principal misión la búsqueda del bienestar*).
- Afirmaciones sobre las características que ha de tener un profesional (por ejemplo, *el trabajador social tiene que ser honesto*).
- Principios éticos (por ejemplo, el respeto a la autonomía de los usuarios).
- Reglas éticas (por ejemplo, *el trabajador social no tiene que revelar la información confidencial a terceras personas, a menos que el usuario lo haya autorizado*).
- Principios relacionados con la práctica profesional (por ejemplo, *el trabajador social tiene que colaborar con sus colegas*).
- Reglas específicas sobre la práctica profesional.

Y es que, las relaciones que se establecen entre los profesionales y los usuarios de los mismos, no son cualquier tipo de relación como podría ser entre “colegas”, son relaciones muy especiales donde el usuario, aparte de poderse encontrar en una situación más vulnerable, deposita toda su confianza en el profesional que le atiende esperando de él su máxima implicación y respeto. Un ejemplo de ello, es cuando ingresa un usuario en un centro residencial y debe aportar al facultativo datos personales muy sensibles y confidenciales, aquí está desnudando su interior porque de algún modo, confía en que el profesional velará por sus intereses. Como Salcedo, D. (2006: 2) nos dice “. Lo determinante, desde el punto de vista ético, es que en esa relación especial que se establece entre profesional y usuario, los usuarios depositan su confianza; en particular, confían al profesional sus intereses y muchos aspectos de su vida privada. Es por ello, que el núcleo de la ética profesional reside en la promesa pública que hacen los profesionales de que no se aprovecharán de las personas que buscan sus servicios y de que pondrán a su disposición toda su competencia y diligencia. Esos compromisos son los que proclaman *los Códigos de Ética*, los cuales son entonces la expresión pública de la garantía que una profesión da a sus usuarios de que no verán defraudada la confianza que depositen en sus miembros”.

2. Utilidad de los códigos de ética:

Bajo nuestra experiencia profesional, consideramos que es cierto que “en general, hoy en día prácticamente todas las profesiones tienen un código de ética, aunque hay que reconocer que su grado de utilidad no es el mismo en todas ellas” (Úriz Pemán M.J., 2005: 14).

Además, siguiendo con esta autora, también creemos que es cierto que existen motivos que justifican la importancia de los códigos de ética como lo son que:

- Sirven para expresar la preocupación de un determinado grupo por realizar un determinado ideal de servicio.
- Aunque su forma y contenido tiende a cambiar con el paso del tiempo, normalmente todos los códigos contienen principios más generales y reglas más detalladas, además de expresar los principales valores profesionales. Al incorporar reglas más concretas, pueden servir como guías para los profesionales.
- Sirven para proteger a los usuarios, porque delimitan lo que supone una práctica profesional concreta y explicitan algunos derechos concretos de los usuarios.
- Sirven para crear una mayor identidad profesional y para lograr un mayor reconocimiento social.

Pero a la vez, seguimos compartiendo la visión de Úriz la cual nos señala que si bien es cierto que para muchos profesionales, los códigos son sólo instrumentos retóricos, para otros sólo reflejan ideales y hay quienes exigen de ellos mayor concreción para la resolución de cuestiones prácticas. Es por ello, que el cuestionamiento sobre su utilidad, ha llevado a que el código pueda ser sometido a debate y al cuestionamiento de la sociedad.

Si tomamos como ejemplo el ámbito del Trabajo Social, hay bastantes estudios que señalan que, en general, los trabajadores sociales no utilizan el código de ética para tomar decisiones éticas². En definitiva, tras observar los pros y contras de los códigos deontológicos, está claro que para un mayor uso de los mismos será necesario que continúen cambiando y adecuándose a los tiempos detallando, por ejemplo, más aún las actuaciones profesionales. Pero si bien es cierto que “hay que reconocer que es imposible establecer recomendaciones u obligaciones para cada caso concreto, por lo que tampoco podemos esperar que los códigos sean varitas mágicas para solucionar todos los problemas. Quizá la demanda de los profesionales pueda atenderse desarrollando más la dimensión pragmática de la ética profesional y buscando otras herramientas más concretas, distintas de los códigos de ética, como por ejemplo, los comités de ética o documentos de práctica más específicos” (Úriz Pemán M.J., 2005: 17). De modo, que el siguiente punto, trataremos de analizarlo en profundidad si cabe, ya que la investigación llevada a cabo trata precisamente de desarrollar más aún esta dimensión pragmática utilizando novedosas herramientas muy útiles y que tal vez, resulten hasta ahora desconocidas para muchos profesionales.

2.3 Dimensión pragmática

El reto de la ética profesional es integrar tanto la dimensión teleológica, como la deontológica como esta última, la pragmática, la cual consiste en analizar la eticidad de las acciones concretas y sobre todo cuando existen conflictos y/o problemas éticos. Según Bermejo, F.J (1996:26) “llegados a este punto el trabajador podría preguntarse, una vez consciente de la meta a la que tiende y de los deberes concretos que han de regular su práctica profesional: ¿Pero qué debo hacer en concreto en esta determinada situación? Sin esta dimensión, las dos anteriores tienen el peligro de quedarse en la pura

² Ver, por ejemplo, los trabajos de Holland, T. and Kilpatrick, A. (1991) “Ethical issues in social work: Toward a grounded theory of professional ethics”, *Social Work in Health Care*, 36, 20, 140. Kugelman, W. (1992) “Social work ethics in the practice area: A qualitative study”, *Social Work in Health Care*, 12, 4, 59-80. Walden, T., Wolock, I. and Demone, H. (1990) “Ethical decision making in human services: A comparative study”, *Families in Society*, 71, 2, 67-75.

especulación, del mismo modo que ésta sin aquellas puede degenerar en un decisionismo casuista. Por ello no dejamos de repetir que las tres dimensiones señaladas han de ser entendidas de forma integrada y complementaria”.

Lima A.I (2008: 44) indica que “podemos distinguir una dimensión descriptiva: qué es bueno y qué no lo es; una dimensión normativa: qué debemos hacer y qué no; y una dimensión operativa para afrontar las situaciones complejas.”

Ubicados en esta dimensión y como ejemplo de intervención social desde la perspectiva del Trabajo Social, cabe destacar los principios que han de inspirar la intervención profesional en la sociedad actual y en los que nos hemos basado sin duda para nuestra investigación. Según Sela B. Sierra (1987) son los siguientes:

- Principio de intencionalidad, donde toda acción debe estar intencionalmente dirigida a transformar la realidad social, desde una perspectiva humana y liberadora.
- Principio de realidad, entendiendo que el profesional actuará teniendo un profundo conocimiento de la realidad.
- Principio de totalidad, la realidad no puede ser parcelada, sino que debe ser tomada en su dimensión total.
- Principio de criticidad, es decir, mantener una actitud crítica facilita llegar a un conocimiento verdadero de la realidad y a su recreación mediante acciones conscientes, responsables y solidarias.
- Principio de dialogicidad, siendo el diálogo herramienta fundamental para lograr el fin o la acción.
- Principio de autenticidad, basado en el respeto mutuo y en el compromiso ético responsable.
- Principio de comprensión, ya que no es suficiente conocer los seres y sus situaciones, sino que es necesario comprenderlos en su situación, empatizar.
- Principio de confiabilidad, entendiendo que el profesional además de en sí mismo y en sus propios conocimientos, debe también apoyarse en la capacidad de autodeterminación y respuesta del usuario.
- Principio de creatividad, el trabajador social debe saber aplicar nuevas estrategias y actuaciones.
- Principio de responsabilidad compartida, en la medida en que establece cauces de participación, diálogo y responsabilidades en el diseño, ejecución y valoración de las intervenciones sociales encaminadas a elevar el grado de compromiso social.
- Principio de participación equitativa, independientemente de las capacidades o necesidades del usuario se respetará el principio de igualdad y justicia.
- Principio de libertad solidaria, entendida como la necesidad de dar a la profesión una dimensión comunitaria y social, dentro de los principios, normas y valores sociales que orientan la convivencia humana.
- Principio de acción comprometida, significa que se tiene que tomar postura frente a la injusticia, la discriminación, la exclusión, la marginación, denunciando incluso cualquier situación de este tipo.
- Principio de multiplicabilidad, en el sentido de que cualquier acción social orientada a la transformación de las estructuras sociales injustas, ha de tener un efecto multiplicador, como expresión de poder socializador.

Para Úriz, M.J. (2005: 30-31) “defender el acercamiento de los principios éticos a la resolución de situaciones concretas no significa que estemos defendiendo la casuística como método de resolución de dilemas éticos. Lo que sí defendemos es la necesidad de establecer un puente entre los principios y los casos concretos. Los principios nacen con una pretensión de generalización y de universalidad, por lo que posteriormente son necesarias reglas morales y normas más concretas que, sin perder de vista los principios éticos básicos, se acerquen más a la resolución de cuestiones éticas más definidas”. El conocer y tener presente los principios, nos servirán de guía para llevar a cabo una mejor actuación en determinados casos. Estos principios, pueden ayudarnos a orientarnos pero si bien es cierto, que para enfrentarnos a los conflictos éticos que nos pueden surgir en el día a día se necesitan herramientas más prácticas.

Respecto a la necesidad de herramientas éticas más concretas, tal y como señalábamos en el punto anterior, compartimos la afirmación de Úriz (2005) la cual señala que efectivamente los códigos deontológicos pueden servir de guías, pero al no estar desarrollados para llegar a las cuestiones éticas concretas, hay que situarlos en su justo contexto, sin invalidarlos.

Siguiendo con esta autora, si bien es cierto que los profesionales necesitan disponer de herramientas útiles para resolver los dilemas éticos a los que se enfrentan cada día ya que, cuando existe un dilema ético, por ejemplo en el centro residencial de estudio, hasta hace bien poco era resuelto de la mejor manera que el profesional lo estimase o, si necesita ayuda o asesoramiento de otros, tal vez comenta el caso en lugares inapropiados y/o de una forma muy informal y ¿Por qué ocurre esto si la gran mayoría de centros cuentan con la certificación en sistemas de gestión de calidad? Porque los procedimientos técnicos sí que están perfectamente definidos e integrados en nuestra forma de trabajar pero, por el contrario, no ocurre lo mismo con los procedimientos a seguir cuando el profesional se enfrenta a un dilema ético.

Por ello, la siguiente cuestión que nos planteamos es ¿Por qué no tenemos definidos esos procedimientos a seguir cuando nos encontremos ante un dilema de carácter ético? Fundamentalmente se debe a dos motivos, el primero se debe al desconocimiento de muchos profesionales de las herramientas existentes en esta dimensión y, el segundo motivo, como es lógico, se debe a la falta de desarrollo de estas herramientas más concretas (comités de ética, protocolos de actuación sobre cuestiones éticas, reflexión en equipos interdisciplinares sobre cuestiones éticas, auditorías éticas...) en los distintos centros, instituciones, etc. Según Úriz, “todas estas herramientas contribuirán a que los profesionales tengan otros criterios más allá de la simple intuición o la buena voluntad”.

Según Úriz y otros profesionales, uno de los instrumentos éticos que está ganando más desarrollo son los comités de ética, los cuales están cada vez más presentes en ámbitos de salud y salud mental, ya que están demostrando ser un instrumento eficaz en la toma de decisiones éticas. Lo cual, deseamos que se extienda al área social (centros con personas mayores, centros con personas discapacitadas, etc.) y otras ya que probablemente las decisiones éticas son cuantiosas.

Como conclusión, podemos atrevernos a añadir que, dentro de la ética profesional, la dimensión pragmática necesita un mayor desarrollo, pero ya no solo con la puesta en marcha de las herramientas existentes, si no con la creación de otras más

novedosas, adaptadas y ágiles que faciliten la toma de decisiones ante cualquier dilema ético que pueda surgir en el día a día; pues bien, en el trabajo que nos ocupa, en capítulos posteriores, se va a proceder a aplicar varias herramientas combinadas que ayudarán incluso a detectar problemas o riesgos éticos antes de que puedan ocurrir efectos negativos.

2.3.1 Comités de ética

Antes de definir el qué es un comité de ética, vamos a explicar en qué consiste un problema ético y, seguidamente, observaremos los resultados de una investigación en referencia a la resolución de los mismos. De este modo, nos percataremos de la necesidad real que existe de la aplicación de nuevas herramientas, como lo son los comités de ética, que nos ayudarán a resolver este tipo de problemas que puedan surgirnos en el día a día.

Pues bien, básicamente un problema ético ocurre cuando el profesional se plantea qué es correcto hacer en una situación moral difícil. También se suele hablar de dilemas éticos, que suceden cuando el profesional tiene que elegir entre dos o más indicaciones éticas relevantes pero contradictorias o cuando cualquier alternativa que pueda elegir conlleva un resultado no deseado para una o varias personas (Banks, 1997,26).

En relación a la investigación que llevaron a cabo Úriz, M.J. *et al.* (2007) centrada fundamentalmente en la preocupación por conocer qué tipo de dilemas éticos se encontraban los trabajadores sociales de los servicios sociales de base de Navarra, los resultados fueron los siguientes:

- Respecto a la frecuencia con la que se encuentran dilemas éticos: en un 81 por ciento de los casos, los profesionales afrontan los dilemas éticos “muchas veces o siempre” a través de la discusión entre colegas como medio habitual de afrontar los dilemas que se les plantean.
- Respecto a la metodología para resolverlos: la consulta del código de ética (65 por ciento) y el uso de la “lógica” (55 por ciento) para afrontar los dilemas éticos también son recursos bastante frecuentes. Afirmando el 97 por ciento que no conocen ninguna metodología para solucionarlos.
- Respecto al grado de satisfacción en la resolución de dilemas éticos: la mayoría (68 por ciento) o no ha resuelto el dilema o no está satisfecho con el resultado.
- Respecto a las principales preocupaciones: problemas de tratamiento de la información ante terceros, problemas de confidencialidad, secreto profesional, protección de datos, falta de formación para afrontar dilemas éticos, falta de seguridad en el puesto de trabajo, conflictos entre los derechos de los usuarios, falta de recursos, presiones políticas, falta de tiempo para hacer un adecuado seguimiento de los casos, responsabilidad en la toma de decisiones, etc. En este punto, haciendo referencia a la resolución de los dilemas éticos coinciden en algunas de las 17 áreas de riesgos éticos de Reamer F.G. (2000) las cuales las veremos en el siguiente punto.
- Y por último, respecto a las sugerencias: se encuentra la creación de órganos de encuentro y reflexión sobre temas éticos con otros colegas, de grupos de supervisión, la petición de apoyo a las administraciones públicas, al colegio profesional, la organización de cursos de formación éticas, etc. Varias personas

entrevistadas sugieren la creación de un comité de ética, una asesoría con diversos profesionales, unos protocolos de intervención...

Pues bien, tras observar que existe una mayor demanda a la hora de crear y poner en marcha comités de ética, vamos a proceder a definir lo que es un comité de ética, pues bien, tomando como referencia la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, contempla en su artículo 46 el comité de ética en la atención social “como un órgano consultivo, interdisciplinar e independiente, con la finalidad de sensibilizar, identificar, analizar y evaluar los aspectos éticos de la práctica social a fin de garantizar el derecho de las personas al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad sin discriminación alguna (...). La aplicación de la ética en los servicios sociales tiene como objeto una atención correcta en sus procedimientos y programas y una distribución justa de los recursos y las prestaciones, orientada no sólo al derecho a la asistencia sino al logro de la autonomía de las personas usuarias en cuanto agentes activos en la participación y gestión de los servicios. Por tanto, los Comités de Ética en servicios sociales pretenden ser un recurso que facilite a todas las personas implicadas (profesionales, personas usuarias, familias o representantes legales de las personas usuarias, instituciones, entidades y otros agentes sociales) asesoramiento ético para la toma de decisiones acordes al logro de dichos objetivos”.

En España, los comités de ética se han desarrollado más en el ámbito sanitario que en el ámbito social. Actualmente debemos hacer un esfuerzo por establecer comités al ámbito de lo social logrando expandir nuevos comités de ética en nuevos ámbitos como por ejemplo, en centros residenciales para personas mayores u otras instituciones sociales. En este tipo de instituciones se originan multitud de dilemas éticos, por lo que es necesario un asesoramiento y/o una consulta, para tomar una determinada decisión con más prudencia.

Uno de los aspectos más interesantes de la constitución de un comité de ética es su composición interdisciplinar ya que se suelen constituir comités integrados por personas formadas y procedentes de diferentes disciplinas. Los comités suelen ser deliberativos. Esto significa que las personas que forman parte del mismo, no sólo dialogan, sino que asumen un determinado compromiso y participan activamente en un proceso de deliberación en el cual su objeto son cuestiones morales complejas y concretas de la vida real y en el que tal vez puedan ir modificando sus posiciones y perspectivas, dentro de un continuo proceso pacífico y no coactivo, hasta acordar una decisión.

Por otro lado, una característica fundamental de los comités de ética es su carácter no vinculante. Si los comités tuvieran carácter vinculante se convertirían en legisladores, y perderían su carácter ético. Es necesario no confundir “decisión ética responsable” con “única solución verdadera” tal y como nos advierte J. Masía (2004: 131). La “decisión ética responsable” es aquella que resulta la más adecuada para respetar la dignidad de las personas implicadas.

Deliberar es, por tanto, tal y como nos señala la Dra. Victoria Camps (2011: 640-677) “considerar los motivos y las consecuencias de un determinado curso de acción elegido, argumentando dicha decisión, y sopesando los pros y los contras, de manera que resulte el más prudente. Tomar decisiones prudentes pero inciertas es más un arte que una ciencia. La *prudencia* será así la cualidad que caracterizará las buenas

decisiones, ya que la mayor parte de éstas se tomarán en condiciones de incertidumbre, aclarando que la incertidumbre intelectual no se opone en absoluto a la responsabilidad moral”.

Por otro lado, Camps sugiere que ante los problemas éticos conviene situarse en actitud problemática que es aquella en la que los problemas morales pueden tener muchas soluciones y varias de ellas pueden ser correctas a la vez, más que dilemática, que es la que parte de la premisa de que una y sólo una solución de las posibles es verdadera lo cual parece hasta inmoral incluso. La actitud problemática es más enriquecedora fomentando el diálogo entre los profesionales ya que debido a que no existe la solución verdadera, deben justificar cada una de sus posturas u opiniones sabiendo llegar a un acuerdo entre todos, con respecto a la acción o las acciones a tomar para solucionar el problema al que se enfrentan.

Tanto D. Gracia (2000) como J.C. Álvarez (2004) apoyan también que la racionalidad moral debe ser problemática y hacen hincapié en la importancia de la deliberación. Para J.C. Álvarez (2004: 10-11) “Un buen procedimiento junto con una actitud de aplicación problemática que se ponen en práctica mediante la deliberación colectiva y multidisciplinar son los requisitos más importantes a la hora de enfrentarnos a los problemas morales de gran dificultad”. Respecto a la deliberación, si bien es cierto que se tiene que desarrollar sin restricciones externas, con buena voluntad, con capacidad de razonar lo propuesto, y con respeto a otras opiniones deseando llegar al entendimiento. Lógicamente debido a que cada profesional es distinto por el grado de madurez, por las habilidades, por los conocimientos, etc. a veces es posible que existan dificultades para realizar una correcta deliberación, no obstante, si comenzamos a deliberar tan solo con buena voluntad y vamos practicando y formándonos en ello, sin lugar a dudas alcanzaremos las condiciones necesarias para desarrollar una buena deliberación.

Siguiendo a Camps, los Comités de Ética deben defender tanto los derechos humanos fundamentales como los derechos del usuario, sin olvidarnos de los derechos de cualquiera de los implicados en la Intervención Social (trabajador social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico, enfermeros, la familia, la residencia, etc.). Los intereses y los derechos de cada uno de los implicados deben ser tenidos en cuenta y defendidos por igual y en la misma medida. Es evidente, que los comités de ética basados en el respeto a los derechos, pero sin aportar *una única solución verdadera*, pertenecen a la cultura democrática y pluralista.

Siguiendo con esta autora, entre las funciones de los comités de ética, a semejanza de los existentes en el mundo de la salud, se pueden citar:

- Función consultiva: analizar, asesorar y facilitar el proceso de decisión en las situaciones que plantean conflictos éticos entre sus intervinientes (los profesionales del ámbito gerontológico, los mayores o usuarios y los programas y servicios).
- Función educativa: colaborar en la formación de los profesionales de los centros y programas, y muy en particular en la de los miembros del Comité. Los comités proporcionan información a los profesionales para que éstos tomen conciencia de las cuestiones éticas.
- Desarrollo de políticas o líneas de actuación en las instituciones proponiendo a los centros prestadores de servicios protocolos de actuación para las situaciones en

que surgen los conflictos éticos y que se presentan de manera reiterada u ocasiona (revisión retrospectiva).

Actualmente ya empiezan a existir los primeros Decretos por los que se regulan los Comités de Ética en Atención Social (Por ejemplo, en el País Vasco, Navarra, Asturias el cual ha sido recientemente aprobado en el mes de mayo, etc.). En La Rioja únicamente existe el Decreto 71/2005, de 2 de diciembre, por el que se crea el Comité de Ética en Investigación Clínica de La Rioja (CEICLAR) pero todavía nos hace falta un Decreto que regule los comités de ética en atención social y de carácter sectorial o de centro.

No obstante, mientras tanto, Camps nos da una idea de cómo se pueden constituir estos comités por ejemplo, en los centros residenciales para personas mayores pertenecientes al ámbito socio-sanitario:

- Los miembros del comité serán igualmente personas abiertas al diálogo, prudentes, competentes profesionalmente y con capacidad para trabajar en grupo iguales, que forman parte por propia voluntad
- Formarán el comité varios trabajadores de atención directa (médico, enfermera, auxiliar, trabajador social, terapeuta, etc.) y profesionales que trabajen en otras instancias distintas de la atención directa (por ejemplo, un licenciado en derecho y una o dos personas ajenas a la institución).
- Será conveniente que se integre en el comité un miembro de la comisión de calidad si la hubiere; o si no fuera así, que se cuente con el asesoramiento de un experto externo al comité.

Todas estas aportaciones tan relevantes, se tendrán muy en cuenta, como se podrá observar en el capítulo V, ya que nos sirven de guía para fundar nuestro propio comité de ética en la Residencia Virgen del Valle.

2.3.2 Auditoría ética

Esta herramienta es aún más novedosa. Tal y como Úriz, M.J (2006: 2-9) nos expone, “todavía no se suele aplicar a los Servicios Sociales o al Trabajo Social en general (...). El término *auditoría* proviene del latín *audire*, que significa oír, y se suele referir al examen o verificación del funcionamiento de una determinada organización”. En cualquier caso, se trata de una herramienta cuya finalidad es mejorar la calidad ética de la institución en la que se aplica. Es por ello, que la vamos a poner en práctica en esta investigación para comprobar si, efectivamente, se trata de una herramienta válida tanto para los distintos profesionales que forman parte del equipo técnico del centro seleccionado en los momentos en los que se enfrentan a dilemas éticos, como para la propia institución ya que puede ayudar a detectar la falta de políticas y procedimientos de actuación ante los mismos.

Para ello, tomando de referencia lo expuesto por Úriz, vamos a presentar el *Social Work Ethics Audit*, una herramienta desarrollada por Frederic G. Reamer (2001), profesor en la Escuela de Trabajo Social de Rhode Island y uno de los principales especialistas en Ética del Trabajo Social. (Ver Anexo I: traducción completa del libro “The Social Work Ethics Audit. A Risk Management Tool”. Frederic G. Reamer).

A continuación, vamos a traducir, resumir y destacar los aspectos fundamentales de esta herramienta la cual será aplicada también a todos los profesionales del centro residencial. En este resumen veremos el motivo principal de por qué realizar una auditoría, repasaremos las diecisiete áreas de riesgo con las cuestiones clave a observar o a tener en cuenta en cada una de ellas, posteriormente, pasaremos a ver los pasos a seguir para desarrollar una auditoría junto con unas breves conclusiones y, para finalizar, nos centraremos y ampliaremos concretamente tres de las áreas de riesgo por considerarlas de máxima relevancia para nuestro estudio por el tipo de centro seleccionado.

¿Por qué realizar una auditoría ética?:

El *Social Work Ethics Audit* o, traducida, La Auditoría Ética en el Trabajo Social, proporciona a los profesionales y centros una sencilla herramienta para examinar la ética de sus prácticas, políticas y procedimientos. La auditoría ética se basa en los últimos conocimientos de la profesión para ayudar a los profesionales a mejorar los controles de calidad y promover la gestión de riesgos relacionados con la ética. El propósito principal de la auditoría es proporcionar a los profesionales una práctica herramienta para ayudarles a:

- Identificar los pertinentes problemas éticos en su puesto de trabajo.
- Revisar y evaluar la eficacia de sus procedimientos actuales.
- Diseñar una estrategia práctica para modificar procedimientos actuales según se necesite.
- Y supervisar la implementación de esta estrategia de control de calidad.

Los administradores de instituciones de servicios humanos (tales como hospitales, residencias de ancianos, etc.) necesitan asegurar que los empleados sean conscientes de que los estándares éticos deben prevalecer con el fin de proteger a los usuarios y evitar quejas y demandas por motivos éticos.

Adicionalmente, los administradores cuyos centros busquen acreditación, pueden usar la auditoría ética como mecanismo de revisión de posibles problemas éticos y de las prácticas y políticas en la gestión de riesgos, para tener todo preparado cuando se realice la visita para la acreditación. La auditoría presenta a los administradores una manera muy práctica, estructurada y organizada de valorar las cuestiones clave. La finalización de la auditoría demuestra la seriedad en la intención de los administradores a la hora de revisar y evaluar los problemas éticos pertinentes.

¿Qué implica una auditoría ética?:

En muchas organizaciones se llevan a cabo varios tipos de auditorías. Normalmente, una auditoría conlleva una “verificación y examen oficiales” de registros y otras prácticas organizativas (Random House Webster’s College Dictionary, 1991).

Una auditoría ética en el trabajo social debe enfocarse en lo que actualmente se considera esencial o forma parte de los conocimientos básicos en la profesión. La literatura de trabajo social sugiere que la auditoría debería sustentarse en dos áreas de conocimiento claves: (1) los riesgos éticos en el ámbito laboral, basados en la tendencia de datos empíricos extraídos de quejas reales por motivos éticos (presentadas a través de

organizaciones públicas o privadas), demandas presentadas contra trabajadores sociales, decisiones del tribunal y comités éticos, y disposiciones legales; y (2) las actuales políticas y procedimientos del centro para gestionar problemas, dilemas y decisiones éticos (Barker & Branson, 2000; Bernstein & Hartsell, 1998, 2000; Besharov, 1985; Bullis, 1995; Congress, 1998; Gambrill & Pruger, 1997; Houston-Vega, Nuehring, & Daguio, 1997; Joseph, 1989; Loewenberg & Dolgoff, 1996; Reamer, 1990, 1994, 1999; Rhodes, 1986).

Riesgos Éticos:

En esta sección de la auditoría se detalla el número de riesgos relacionados con problemas éticos encontrados en el ámbito laboral del trabajo social. De manera consecuente con los arraigados principios y valores del trabajo social, se debería de dar prioridad a los riesgos éticos que impliquen peligros inminentes y predecibles para los usuarios y otros. Actualmente, los datos disponibles y los estándares profesionales sugieren que hay un número de áreas de riesgo claves que debería de ser abordado durante una auditoría ética, en un esfuerzo por proteger a los usuarios y evitar quejas y demandas por motivos éticos. En la siguiente tabla, se muestran las áreas de riesgo.

Áreas de Riesgo <i>The Social Work Ethics Audit</i>	
1	Derechos de los usuarios
2	Confidencialidad y privacidad
3	Consentimiento informado
4	Prestación de servicios
5	Problemas de limitación y conflictos de intereses
6	Documentación
7	Injurias
8	Registros de los usuarios
9	Supervisión
10	Desarrollo y formación de los profesionales
11	Consultas a otros profesionales
12	Remisión o derivación de los usuarios a otros servicios
13	Fraude
14	Finalización de los servicios y abandono de usuarios
15	Desgaste del profesional
16	Evaluación e investigación
17	Toma de decisiones éticas

Tabla 3. Áreas de Riesgo del *Social Work Ethics Audit*.

Fuente: Adaptación a partir de *The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool*. Reamer, F. G. (2001).

A continuación, vamos a ver, de forma detallada, las cuestiones clave que plantea Reamer en cada una de las posibles áreas de riesgo ético. El texto que se presenta a continuación es un resumen de la traducción del texto original de Reamer. Las tablas que se muestran, posteriormente, en el desarrollo de la investigación, nos serán de gran ayuda y utilidad para poder ir verificando y comprobando cada una de las cuestiones.

Derechos de los usuarios. La auditoría ética debe de evaluar si los trabajadores sociales han comprendido con claridad los derechos de los usuarios. Además, la

auditoría debe de valorar el grado con el que profesionales y centros comunican de forma clara a sus usuarios cada uno de estos derechos. Por lo general estas declaraciones abordan las políticas del centro y los profesionales en relación a las siguientes cuestiones clave:

Cuestiones clave del área 1: derechos de los usuarios	
1	Confidencialidad y privacidad
2	Consentimiento informado y divulgación de la información
3	Opciones para los servicios y referencias alternativas
4	Acceso a los registros
5	Derecho a participar en la formulación de planes de servicio
6	Derecho a rechazar los servicios
7	Finalización de servicios
10	Procedimientos para la presentación de reclamaciones/quejas
11	Protección de los participantes en la evaluación y la investigación

Tabla 4. Cuestiones clave del área derechos del usuario del *Social Work Ethics Audit*.

Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Confidencialidad y privacidad. Una auditoría ética centra considerablemente su atención en un amplio espectro de problemas relacionados con la confidencialidad y la privacidad, y evalúa el grado de importancia con el que son abordados en relación a los clientes y a los procedimientos y políticas del proveedor de los servicios (Dickson, 1998; Reamer, 1994; 1998).

Entre las cuestiones clave sobre confidencialidad y privacidad destacan las siguientes:

Cuestiones clave del área 2: confidencialidad y privacidad	
1	Leyes, normas éticas y reglamentos relativos a la confidencialidad
2	Medidas específicas que el profesional tomará para proteger la confidencialidad (almacenamiento de registro seguro, etc.)
3	Procedimientos que se utilizarán para obtener el consentimiento informado
4	Procedimientos que se utilizarán para compartir información con colegas
5	Solicitud de información privada de los usuarios
6	Divulgación de información confidencial para proteger a los usuarios de auto-perjuicios y para proteger de daño a terceros
7	Divulgación de información confidencial relacionada con los servicios y el tratamiento del alcohol y el abuso de sustancias
8	Divulgación de información acerca de usuarios fallecidos
9	Divulgación de información confidencial a los padres de usuarios menores y/o tutores legales (por ejemplo en los casos de personas mayores)
10	Intercambio de información confidencial entre las partes en familia, parejas, terapia de pareja y grupo
11	Divulgación de información confidencial a representantes de medios de comunicación, agentes de la ley, etc.

12	Protección de los registros escritos y electrónicos confidenciales, información transmitida a terceros por mail, fax, etc.
13	Transferencia y/o eliminación de los registros de los usuarios
14	Protección de la confidencialidad del usuario en caso de fallecimiento, incapacidad o rescisión de la relación laboral
15	Precauciones para que los profesionales hablen sobre información confidencial en público o áreas semipúblicas
16	Divulgación de información confidencial a compañías de seguros o empresas de servicios
17	Divulgación de información confidencial a los asesores
18	Divulgación de información confidencial para propósitos educativos o de formación
19	Protección de la confidencialidad del usuario durante procesos judiciales
20	Protección de la confidencialidad del usuario durante la investigación y la evaluación
21	Proveer al personal de espacio para oficinas y áreas de reunión apropiados para garantizar la confidencialidad y la privacidad
22	Proveer al personal de equipo de oficina y tecnología adecuados para garantizar la confidencialidad y la privacidad

Tabla 5. Cuestiones clave del área confidencialidad y privacidad del *Social Work Ethics Audit*.

Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

La auditoría ética debe además evaluar la adecuación de los procedimientos usados por los trabajadores sociales para informar a los usuarios sobre las políticas de confidencialidad. Los usuarios tienen derecho a conocer cómo los trabajadores sociales gestionan la información confidencial. A la hora de desarrollar estas políticas de confidencialidad, los trabajadores sociales deben recurrir a los estatutos, regulaciones y estándares éticos pertinentes.

De forma ideal, los trabajadores sociales deben mantener informados a los usuarios sobre las políticas de confidencialidad tan pronto como se inicie la relación usuario-trabajador.

Para los trabajadores sociales es preferible informar a los usuarios sobre sus políticas de confidencialidad tanto de forma verbal como por escrito. La redacción de un resumen de las políticas de confidencialidad puede ayudar a los usuarios a retener la información con el tiempo. De forma adicional, un resumen manuscrito firmado por el usuario proporciona documentación con información que el trabajador social puede considerar conveniente trasladar al usuario.

Consentimiento informado. La auditoría ética debe examinar cuidadosamente los documentos de consentimiento informado y procedimientos de los trabajadores (Applebaum, Lidz, & Meisel, 1987; Cowles, 1976; Reamer, 1987a; Rozovsky, 1984; Tomes, 1993; White, 1994). El consentimiento informado es requerido en diversas situaciones, incluyendo la divulgación de información confidencial, admisión en determinados programas, servicios de mensajería o grabación en video y audio.

De forma general, se ha alcanzado un acuerdo respecto de los elementos clave que tanto trabajadores sociales como centros deben de incorporar en los procedimientos de consentimiento:

Cuestiones clave del área 3: consentimiento informado	
1	Las decisiones de autorización por parte del usuario no deben verse afectadas por coacción o influencia indebida
2	Los usuarios tienen que ser mentalmente capaces de proporcionar su autorización, entender lenguaje y términos.
3	Los formularios de consentimiento tienen que ser validados
4	Explicación verbal adecuada del procedimiento de consentimiento
5	Renovación periódica del consentimiento de los usuarios
6	Uso apropiado de los traductores e intérpretes
7	Excepciones al requisito del consentimiento informado

Tabla 6. Cuestiones clave del área consentimiento informado del *Social Work Ethics Audit*.
Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Existen varias situaciones en las que no se puede solicitar a los trabajadores sociales que obtengan consentimientos informados (Dickson, 1995; Rozovsky, 1984). Las más relevantes implicarían situaciones de emergencia. En situaciones legítimas de emergencia, los profesionales pueden tener la autorización de actuar sin el consentimiento del usuario.

Prestación de servicios. La auditoría ética debe de evaluar el grado con el que los trabajadores sociales proporcionan servicios. Los trabajadores sociales deben ser francos y claros en sus pretensiones al tratar sobre aspectos propios de sus áreas de trabajo y especialización, ante compañeros de trabajo, posibles empleados y el público en general. No deben tergiversar sus competencias para propósitos puramente egoístas.

De forma adicional, la auditoría debe analizar si los trabajadores sociales proporcionan servicios en áreas fundamentales y hacen uso de enfoques prácticos, intervenciones y técnicas que son novedosas para ellos. Constantemente surgen innovaciones de gran interés que pueden resultar de interés para el trabajo desarrollado por los profesionales. Por ello, los trabajadores sociales deben estar al corriente de estos avances e intentar buscar la formación necesaria sobre los nuevos adelantos que surjan en los campos en los que puede resultar apropiada su incorporación durante el trabajo con los usuarios.

En la siguiente tabla doble, veremos las cuestiones clave de prestación de servicios y empleo de intervenciones no tradicionales o experimentales.

Cuestiones clave del área 4: prestación de servicios	
1	Habilidades profesionales
2	Formación profesional y preparación
3	Licencia y certificación
4	Asesoramiento recibido
5	Experiencia supervisada
6	Experiencia profesional

Cuestiones clave del área 4: empleo de intervenciones no tradicionales o experimentales	
1	Uso adecuado de intervenciones no tradicionales o experimentales
2	Consulta apropiada de bibliografía profesional
3	Formación adecuada
4	Asesoramiento adecuado de reconocidos colegas
5	Uso apropiado de supervisión

Tabla 7. Cuestiones clave del área prestación de servicios y empleo de intervenciones no tradicionales o experimentales del *Social Work Ethics Audit*.

Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Problemas de limitación y conflicto de intereses. La literatura referente a los trabajadores sociales ha demostrado que la falta de limitación en las relaciones que los trabajadores sociales mantienen con los clientes o compañeros de trabajo (incluidos los miembros el personal supervisado, en prácticas y estudiantes) en forma de más de una clase de relación (relaciones múltiples o dobles), ya sea de forma sexual, social, o por motivos de trabajo, representa uno de los riesgos más importantes (Berliner, 1989; Bullis, 1995; Jayaratne, Croxton, & Mattison, 1997; Kagle & Giebelhausen, 1994; Reamer, 1994, 2001, in press). Una auditoría ética debe evaluar en la medida de lo posible que los trabajadores sociales establezcan criterios claros para ayudarles a mantener unos límites apropiados con respecto a:

Cuestiones clave del área 5: problemas de limitación y conflicto de intereses	
1	Relaciones sexuales con usuarios actuales
2	Relaciones sexuales con antiguos usuarios
3	Apoyo psicológico a ex parejas sexuales
4	Relaciones sexuales con parientes o conocidos de los usuarios
5	Relaciones sexuales con personas supervisadas, aprendices, estudiantes y colegas
6	Contacto físico con los usuarios
7	Amistad con usuarios actuales
8	Amistad con antiguos usuarios
9	Encuentros con usuarios en lugares públicos
10	Asistencia a acontecimientos sociales, religiosos o del ciclo vital de los usuarios
11	Regalos de los usuarios
12	Regalos a los usuarios
13	Favores a usuarios
14	Prestación de servicios en los hogares de los usuarios
15	Conflictos de interés financiero
16	Prestación de servicios a dos o más personas que mantienen una relación entre sí
17	Intercambio de bienes y servicios con usuarios

18	Relaciones con los usuarios de pequeñas comunidades o rurales
19	Autorrevelación a los usuarios
20	Relaciones profesionales con un antiguo usuario
21	Contratación de antiguos usuarios
22	Conflictos de interés financiero para los administradores o el personal de la organización
23	Conflictos de interés financiero para los miembros de la directiva de la organización

Tabla 8. Cuestiones clave del área problemas de limitación y conflicto de intereses del *Social Work Ethics Audit*.

Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Documentación. La auditoría ética debe valorar la clase de documentación y procedimientos que emplean los trabajadores sociales. Una documentación correcta y cuidadosa mejorará considerablemente la calidad de los servicios proporcionados a los usuarios. Una minuciosa documentación también sirve de ayuda para asegurar la calidad de los cuidados si el trabajador social principal de un usuario no se encuentra disponible por enfermedad, incapacidad, vacaciones o rescisión de la relación laboral. Adicionalmente, una exhaustiva documentación puede ayudar a proteger a los trabajadores sociales implicados en quejas o demandas de carácter ético.

La documentación normalmente incluye estas cuestiones clave:

Cuestiones clave del área 6: documentación	
1	Historias sociales, evaluaciones y planes de tratamiento
2	Procedimientos de consentimiento informado
3	Contactos con usuarios (tipo, fecha, hora)
4	Contactos con terceras partes
5	Consulta con otros profesionales
6	Decisiones tomadas e intervenciones / servicios realizados
7	Incidentes críticos
8	Instrucciones, recomendaciones, consejos, referencias a especialistas
9	Citas suspendidas y canceladas
10	Evaluaciones psicológicas, psiquiátricas y médicas anteriores o actuales
11	Información sobre tasas, costes, pagos
12	Finalización de los servicios
13	Evaluación final
14	Inclusión/copias de los documentos pertinentes (por ejemplo, formularios de consentimiento)

Tabla 9. Cuestiones clave del área documentación del *Social Work Ethics Audit*.

Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Información de carácter difamatorio (injurias). En lo que concierne a la documentación la auditoría ética debe valorar el grado en que los trabajadores sociales disponen de la formación necesaria para asegurar que en sus documentos y comunicaciones acerca de los usuarios y empleados evitan usar un lenguaje ofensivo que pueda llegar a ser considerado como difamatorio. En lo que concierne a comportamientos irrespetuosos, las declaraciones peyorativas, despectivas o

inadecuadas pueden exponer al trabajador social a riesgos de carácter ético y legal. Pueden ser de dos tipos: difamaciones o calumnias. Las difamaciones tienen lugar cuando la publicación se da de forma escrita. Las calumnias se dan cuando la publicación se hace de forma verbal.

Cuestiones clave del área 7: información de carácter difamatorio (injurias)	
1	Libelo (difamación que se produce por escrito)
2	Calumnia (difamación que se produce de forma oral)

Tabla 10. Cuestiones clave del área injurias del *Social Work Ethics Audit*.

Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Tiempo de mantenimiento de los registros/informes de los usuarios. Los trabajadores sociales deben guardar registros tras la finalización de los servicios con el fin de permitir la posibilidad de acceder a ellos en un futuro. Los registros deben permanecer almacenados durante el número de años indicando en los estatutos estatales o contratos pertinentes. Además, los profesionales deben de llegar a una serie de acuerdos con los compañeros de trabajo que estarían dispuestos a asumir la responsabilidad de sus registros en caso de que ellos no estuviesen disponibles por razones de traslado, enfermedad, incapacidad, fallecimiento u otros motivos.

Cuestiones clave del área 8: registros de los usuarios	
1	Almacenamiento seguro de los registros
2	Retención adecuada de los registros
3	Mantenimiento de registros en caso de discapacidad, incapacitación, finalización de prácticas o fallecimiento del profesional

Tabla 11. Cuestiones clave del área registro de los usuario del *Social Work Ethics Audit*.

Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Supervisión. Si ejercen responsabilidades de supervisión, los trabajadores sociales pueden verse envueltos en quejas y demandas de carácter ético debidas a problemas éticos o de negligencia causados por el personal a su cargo. Es lo que se suele citar con el concepto legal de *respondeat superior*, que significa “deja que el maestro responda”, y el concepto de responsabilidad civil subsidiaria (Reamer, 1994). Es decir, que los supervisores pueden ser en parte responsables por las acciones o pasividad en las que se vean envueltos de forma subsidiaria o indirecta (Besharov, 1985; Cohen & Mariano, 1982; Hogan, 1979; NASW, 1994; Reamer, 1989). Una auditoría ética debe examinar la eficacia con la que:

Cuestiones clave del área 9: supervisión	
1	Los supervisores proporcionan la información necesaria para que los supervisados obtengan el consentimiento informado de los usuarios
2	Los supervisores observan los esfuerzos de los supervisados para desarrollar y aplicar planes de tratamiento y de intervención exhaustivos
3	Los supervisores identifican y responden a los errores de los supervisados en todas las fases de contacto con el usuario, tales como la divulgación indebida de información confidencial
4	Los supervisores saben cuándo los usuarios de los supervisados deben ser reasignados, transferidos, o que finalice su tratamiento

5	Los supervisores deben saber cuándo los supervisados deberían concertar asesoramiento
6	Los supervisores observan la aptitud de los supervisados y su buena voluntad para hacer frente a la incompetencia, incapacidad y el comportamiento poco ético
7	Los supervisores observan los límites adecuados entre los supervisados y sus usuarios
8	Los supervisores protegen a terceras partes de daños físicos
9	Los supervisores detectan o detienen un plan de tratamiento negligente o un tratamiento llevado a cabo durante más tiempo del necesario
10	Los supervisores determinan si se necesita un especialista para el tratamiento de un usuario en particular
11	Los supervisores se reúnen regularmente con los supervisados
12	Los supervisores revisan y aprueban los registros, las decisiones y las acciones de los supervisados
13	Los supervisores proporcionan una cobertura adecuada en ausencia de una persona supervisada
14	Los supervisores documentan la supervisión proporcionada
15	Los supervisores respetan unos límites adecuados en su relación con los supervisados
16	Los supervisores proveen a los supervisados de evaluaciones y retroalimentación oportunas y de cumplimento informativo
17	Los supervisores preparan los acuerdos de supervisión por escrito
18	Los supervisores son receptivos a los esfuerzos de los supervisados por plantear preocupaciones y cuestiones éticas
19	Los supervisores proporcionan a los supervisados tiempo suficiente y cargas de trabajo adecuadas que les permitan cumplir con sus responsabilidades profesionales
20	Los supervisores tienen el tiempo suficiente en sus cargas de trabajo para proporcionar una supervisión adecuada

Tabla 12. Cuestiones clave del área supervisión del *Social Work Ethics Audit*.

Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Para aclarar la naturaleza de la supervisión que proporcionan, muchos supervisores preparan acuerdos y convenios que deben firmar tanto ellos como las personas a las que supervisan.

Desarrollo y formación del personal. La auditoria ética debe examinar la formación que los centros proporcionan a sus empleados en lo que respecta a temas éticos. Dicha preparación debe de incluir una revisión de cuestiones relacionadas con:

Cuestiones clave del área 10: desarrollo y formación del personal	
1	Habilidades prácticas pertinentes
2	Ética profesional y responsabilidad
3	Estatutos y regulaciones federales, estatales y locales pertinentes
4	Herramientas de evaluación
5	Técnicas de intervención
6	Métodos de evaluación
7	Asistencia en casos de emergencia y prevención del suicidio
8	Supervisión de los usuarios en programas residenciales

9	Confidencialidad y comunicación privilegiada
10	Consentimiento informado
11	Tratamiento y prestación de servicios inadecuados
12	Información de carácter difamatorio (injurias)
13	Problemas de límites en las relaciones con usuarios y colegas (relaciones de dos o más personas)
14	Consulta y derivación a los colegas y especialistas
15	Fraude y engaño
16	Finalización de los servicios

Tabla 13. Cuestiones clave del área desarrollo y formación del personal del *Social Work Ethics Audit*.
Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Consulta. Los trabajadores sociales suelen necesitar u obtener consejo de otros compañeros de trabajo, incluyendo trabajadores sociales y miembros de otras profesiones afines, que tengan experiencia específica en ciertas áreas. Los trabajadores sociales estarían expuestos a quejas y demandas de carácter ético si no logran obtener la ayuda que han garantizado o si realizan consultas a profesionales con una experiencia inadecuada; es lo que se conoce como consulta negligente. La auditoría ética debería enfocarse en los procedimientos que usan los trabajadores sociales para localizar y trabajar con los consultores.

Cuestiones clave del área 11: consulta	
1	El personal consulta a asesores cuando es necesario
2	El personal examina a los asesores para cerciorarse de su competencia

Tabla 14. Cuestiones clave del área consulta del *Social Work Ethics Audit*.
Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Derivación/remisión de usuarios a otros servicios. De forma similar, la auditoría ética debe valorar los procedimientos y políticas usados por los trabajadores sociales en lo que se refiere a la derivación de usuarios. Existen varias circunstancias en las que el trabajador social puede remitir usuarios a otros profesionales.

Los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de derivar a los usuarios a compañeros de trabajo cuando carecen de la experiencia o tiempo necesarios para dar asistencia a los usuarios según sea necesario.

Los trabajadores sociales que deriven usuarios a otros profesionales deben seguir unos procedimientos concretos. Primero, es importante analizar con los usuarios las razones por las que se les va a transferir, para asegurar que ambas partes estén de acuerdo en que es la mejor opción. Segundo, las opciones deben de ser consideradas cuidadosamente junto con el usuario. Tercero, los trabajadores sociales que derivan clientes a otros profesionales deben de revelar a los nuevos facultativos toda la información pertinente, siempre con el consentimiento de los usuarios. Finalmente, los trabajadores sociales deben de realizar un seguimiento del usuario una vez que se produzca la derivación.

Cuestiones clave del área 12: derivación del usuario	
1	El personal remite los usuarios a especialistas cuando es necesario
2	El personal examina a los especialistas para la derivación de usuarios con el fin de cerciorarse de su competencia
3	El personal controla las remisiones (realiza un seguimiento)

Tabla 15. Cuestiones clave del área derivación del usuario del *Social Work Ethics Audit*.
Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Fraude. Una auditoría ética debe examinar la efectividad de los procedimientos y políticas que usan los trabajadores sociales para evitar los diversos tipos de fraude. Puntos clave que se deben revisar:

Cuestiones clave del área 13: fraude	
1	Documentación en los registros de usuarios (por ejemplo, contactos de los usuarios, servicios prestados).
2	Facturación
3	Registros del personal (por ejemplo, solicitudes de empleo, comprobantes de gastos, permisos de ausencia personal)

Tabla 16. Cuestiones clave del área fraude del *Social Work Ethics Audit*.
Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Finalización de los servicios y abandono del usuario. La rescisión de los servicios es una de las etapas críticas donde pueden aparecer riesgos importantes, especialmente si se tienen en cuenta las políticas y procedimientos de asistencia (Reamer, 1997; Schamess & Lightburn, 1998; Strom-Gottfried, 1998). Los trabajadores sociales pueden también encontrarse con situaciones de riesgo tales como finalizar sus servicios de forma inapropiada cuando un usuario no cumple las normas, si no tiene una disponibilidad razonable para los usuarios, o no les informa adecuadamente sobre cómo gestionar posibles situaciones de emergencia.

En general, estos problemas están comprendidos en lo que los abogados denominan abandono. El abandono es un concepto legal que se refiere a los casos en los que un profesional no está disponible para el usuario cuando es necesario. Una vez que los trabajadores sociales comienzan a proporcionar sus servicios al usuario, estos incurren en la responsabilidad ética y legal de continuar dicho servicio o derivar adecuadamente a los usuarios a otros profesionales competentes. Por tanto, la auditoría ética evalúa la adecuación de los criterios y procedimientos de finalización de los servicios.

Cuestiones clave del área 14: finalización de los servicios y abandono del usuario	
1	Finalización de servicios como resultado de la salida de un empleado
2	Finalización de servicios como consecuencia del impago, por parte del usuario, de un saldo pendiente
3	Finalización de servicios como consecuencia de incumplimiento por parte del usuario
4	Notificación de usuarios que han finalizado
5	Documentación de decisiones y acciones sobre la finalización de servicios

6	Prestación de servicios en situaciones de emergencia
---	------------------------------------------------------

Tabla 17. Cuestiones clave del área finalización de los servicios y abandono del usuario del *Social Work Ethics Audit*.

Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Desgaste del profesional o situaciones en las que sucede algún perjuicio. Todos los profesionales necesitan estar al tanto de la posibilidad de que los facultativos pueden sufrir un desgaste o en el caso de compañeros de trabajo puede observarse un descenso en la calidad de sus funciones por debajo de unos estándares aceptables (Barker & Branson, 2000; Berliner, 1989; Besharov, 1985; Bullis, 1995). Un porcentaje significativo de las quejas o demandas presentadas por razones éticas contra trabajadores sociales están relacionadas con lo que se conoce como desgaste profesional (Reamer, 1992, 1994).

En vista de la importancia de este desgaste profesional en los facultativos, la auditoría ética debe examinar el grado en que los trabajadores sociales comprenden la naturaleza del deterioro profesional y sus posibles causas, están alerta para detectar cualquier signo de peligro y siguen los procedimientos necesarios para prevenir, identificar y responder de manera apropiada a casos de deterioro. De manera ideal, los esfuerzos de los trabajadores sociales por hacer frente a casos de desgaste entre sus compañeros de trabajo incluirían las siguientes pautas (Fausel, 1988; Schoener & Gonsiorek, 1988; Sonnenstuhl, 1989; VandenBos & Duthie, 1986):

Cuestiones clave del área 15: desgaste del profesional	
1	Familiaridad del personal con la naturaleza, las causas y las muestras del desgaste
2	Uso de estrategias del personal para abordar el desgaste de los colegas
3	Uso de estrategias del personal para hacer frente al propio desgaste/deterioro de los profesionales

Tabla 18. Cuestiones clave del área desgaste del profesional del *Social Work Ethics Audit*.

Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Además, los trabajadores sociales que fuesen conscientes de su propio desgaste profesional tienen la obligación de seguir los pasos adecuados para solucionar esta situación. Las opciones incluyen la búsqueda de asesoramiento apropiado y ayuda profesional, hacer ajustes en su carga de trabajo y, cuando sea necesario, finalización de sus actividades laborales.

Evaluación e investigación/estudios. Muchas agencias de servicios sociales llevan a cabo estudios y evaluaciones para mejorar la efectividad práctica y aportar conocimientos a la profesión del trabajo social y la sociedad en general.

La auditoría ética debe valorar los procedimientos y políticas diseñados para evaluar servicios y programas, aportar nuevos conocimientos y proteger a los participantes durante el desarrollo de estos estudios y evaluaciones. La auditoría debe centrarse específicamente en las políticas y procedimientos que animen a los profesionales a:

Cuestiones clave del área 16: evaluación e investigación	
1	Realizar investigaciones y evaluar los programas, políticas y servicios
2	Mantenerse al día con los nuevos conocimientos pertinentes, y hacer uso de evaluaciones y pruebas de investigación durante la práctica profesional
3	Seguir las pautas desarrolladas para la protección de los participantes en la evaluación y la investigación
4	Obtener el consentimiento informado voluntario y por escrito de los participantes en la evaluación y la investigación, en su caso
5	Informar a los participantes sobre su derecho a retirarse de la evaluación y la investigación en cualquier momento, sin penalización
6	Tomar las medidas necesarias para garantizar que los participantes en la evaluación y la investigación tienen acceso a los servicios de apoyo apropiados
7	Proteger a los participantes en la evaluación y la investigación de toda angustia física o mental, daño, peligro o privación injustificados
8	Debatir sobre la información recopilada sólo con fines profesionales y únicamente con personas involucradas profesionalmente con esta información
9	Asegurar el anonimato o confidencialidad de los participantes y de los datos obtenidos por ellos, en la medida permitida por la ley y los reglamentos
10	Proteger la confidencialidad de los participantes en la investigación y la evaluación mediante la omisión de datos de identificación, a menos que se haya obtenido consentimiento autorizando su publicación
11	Informar de los resultados de la evaluación y la investigación con precisión
12	Evitar los conflictos de interés y las relaciones bipersonales con los participantes en la evaluación y la investigación

Tabla 19. Cuestiones clave del área evaluación e investigación del *Social Work Ethics Audit*.
Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

Toma de decisiones éticas. Una parte significativa de las quejas y demandas relacionadas con cuestiones éticas derivan de la complejidad de los dilemas éticos a los que se enfrentan los trabajadores sociales. Es decir, que los denunciantes a menudo alegan que los trabajadores sociales gestionan los dilemas éticos de forma errónea o reflejando falta de criterio.

Desde principios de los ochenta, la mayoría de profesiones, incluyendo las relativas al trabajo social, desarrollan protocolos para ayudar a los facultativos a la hora de tomar complicadas decisiones de carácter ético cuando se encuentran frente a dilemas éticos (Loewenberg & Dolgoff, 1996; Reamer, 1999). Estos dilemas éticos ocurren cuando los trabajadores sociales afrontan obligaciones y deberes profesionales contradictorios.

La auditoría ética debe valorar como los trabajadores sociales se familiarizan con la variedad de dilemas éticos relacionados con su puesto de trabajo y con los procedimientos que siguen para tomar decisiones de carácter ético. Por ejemplo, normalmente, los trabajadores sociales optan por proteger los derechos de autodeterminación de sus usuarios y por protegerlos de cualquier perjuicio. Sin embargo, en ocasiones, los usuarios ejercen sus derechos de autodeterminación de modo que se causan algún tipo de perjuicio a sí mismos (por ejemplo, cuando un usuario sin hogar decide dormir a la intemperie con temperaturas bajo cero o cuando una mujer

maltratada informa a su asistente social que planea volver a casa de nuevo junto a la pareja que abusa de ella, porque así lo dictan sus costumbres).

La auditoría ética debe evaluar la familiaridad con la que los trabajadores emplean protocolos de toma de decisiones desarrollados recientemente con el fin de atajar dichos dilemas éticos, incluyendo cada uno de los puntos de los que se componen. La mayoría de estos protocolos incluyen un esquema con las pautas que los profesionales pueden seguir para orientarse a la hora de abordar dilemas éticos de forma sistemática. Por ejemplo, el protocolo para la toma de una decisión consta de 7 pasos (Reamer, 1999; ver también Congress, 1998; Joseph, 1985, y Loewenberg & Dolgoff, 1996):

- 1º. Identificar los problemas éticos, incluyendo los valores y deberes en conflicto.
- 2º. Identificar a los individuos, grupos y organizaciones que podrían verse afectados por la decisión ética.
- 3º. Con la mayor prudencia, identificar todas las posibles vías de actuación y a las personas involucradas en cada una, así como los posibles beneficios y riesgos en cada caso.
- 4º. Examinar minuciosamente las razones a favor y en contra de cada una de las posibles vías de acción, considerando relevantes: (a) teorías éticas, principios y directrices; (b) códigos éticos y principios legales; (c) teorías y principios del desempeño del trabajo social y (d) valores personales (incluyendo creencias religiosas, culturales y étnicas, e ideologías políticas).
- 5º. Consultar con los compañeros de trabajo y especialistas apropiados (tales como personal del centro, supervisores, administradores, abogados, expertos en ética y comités éticos).
- 6º. Tomar una decisión y documentar el procedimiento de toma de decisiones.
- 7º. Monitorizar, evaluar y documentar la decisión.

La auditoría ética en el trabajo social debe evaluar la capacidad de los trabajadores sociales para valerse por sí mismos e informarse cuando se enfrenten a dilemas éticos, consulten a comités de ética, decidan sobre códigos éticos y realicen una auditoría ética.

Cuestiones clave del área 17: toma de decisiones éticas	
1	Capacidad del personal para reconocer dilemas éticos
2	Familiaridad y capacidad del personal para usar protocolos destinados a la toma de decisiones éticas.
3	Familiaridad y capacidad del personal para usar: Teorías, principios y directrices éticas, códigos de ética, principios jurídicos y asesoramiento ético
4	Documentación de las decisiones éticas
5	Seguimiento y evaluación de las decisiones éticas

Tabla 20. Cuestiones clave del área toma de decisiones éticas del *Social Work Ethics Audit*.

Fuente: Adaptación a partir de The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool. Reamer, F. G. (2001).

¿Cómo realizo una auditoría ética?:

Llevar a cabo las auditorías éticas actuales implica diferentes etapas clave, según su autor:

- 1ª. En el centro de trabajo, un miembro de la plantilla debe asumir el papel de presidente del comité de la auditoría ética el cual habría obtenido formación adecuada relativa a la ética profesional. Los profesionales por cuenta propia pueden solicitar la asistencia de compañeros de profesión que conozcan o de un grupo de supervisión.
- 2ª. Usando como guía el esquema de temas contenido en la auditoría ética, el comité debe identificar los problemas específicos de carácter ético en los que se van a enfocar.
- 3ª. El comité de auditoría ética debe decidir qué tipo de datos necesitará para realizar la auditoría. Los datos pueden ser recabados a partir de documentación y entrevistas con el personal del centro que presenten alguno de los problemas específicos en los que se centra la auditoría. El personal puede querer consultar con un abogado ciertos problemas legales y documentos del centro. Además, el personal debe revisar todas las leyes y regulaciones pertinentes, así como los códigos éticos relacionados con la confidencialidad, comunicación privilegiada, consentimiento informado, registros del usuario, finalización de los servicios, supervisión, licencia, cuestiones de personal y conductas profesionales reprobables.
- 4ª. Una vez que se han reunido y revisado los datos necesarios, el comité de auditoría ética debe valorar el nivel de riesgo asociado a cada tema. Para abordar la evaluación en cada uno de los temas se dividen en dos secciones: políticas y procedimientos. Cada asunto analizado en la auditoría debe ser asignado a una de estas cuatro categorías de riesgos: (1) no existe riesgo - las prácticas actuales son aceptables y no son susceptibles de sufrir modificaciones; (2) riesgo mínimo o bajo las prácticas actuales son razonablemente adecuadas; podrían ser útiles ligeras modificaciones; (3) riesgo moderado - las prácticas actuales representan un problema; son necesarias modificaciones para minimizar los riesgos; y (4) riesgo elevado o alto - las prácticas actuales son totalmente incorrectas; son necesarias modificaciones significativas para minimizar los riesgos. Los evaluadores deben indicar el valor apropiado en el espacio existente junto a cada uno de los temas en las listas proporcionadas.
- 5ª. Una vez que la auditoría ética ha sido completada, los profesionales necesitan seguir una serie de pasos para hacer un uso constructivo de las averiguaciones realizadas. Hay que desarrollar un “Plan de Acción” para cada una de las áreas de riesgo que precisen atención. Las áreas que se encuentren en la categoría de “riesgo elevado” deben recibir atención inmediata. Las áreas que se encuentren en las categorías de “riesgo moderado” y “riesgo mínimo” deben recibir atención tan pronto como sea posible.
- 6ª. Establecer prioridades entre las áreas que más preocupan en base al grado de riesgo que implican y a los recursos disponibles.
- 7ª. Explicar con detalle las medidas específicas que es necesario adoptar para solucionar los problemas en las áreas identificadas.
- 8ª. Identificar qué miembros del personal serán los responsables para las diversas tareas y establecer un horario de trabajo para el desarrollo de cada una de ellas.

- 9ª. Identificar el mecanismo a seguir en cada una de las tareas para garantizar su cumplimiento y monitorizar su implementación.
- 10ª. Documentar de forma completa todo el proceso que implica la auditoría ética. Esta documentación puede ser útil en caso de demanda de carácter ético en la que se alegue negligencia o también en el momento en que los centros se sometan a exámenes de acreditación.

Conclusión:

La notable evolución de los estándares éticos en un número de áreas pertinente ha acelerado la necesidad de los trabajadores sociales de examinar cuidadosamente las dimensiones éticas de sus prácticas.

Los procedimientos para una auditoría ética están diseñados para ayudar a los trabajadores sociales a identificar problemas éticos relevantes en sus puestos de trabajo, evaluar los niveles de riesgo, puntuar cada uno de los problemas, y desarrollar una estrategia para atajar los riesgos en cada área.

Claramente, una auditoría interna puede ser de utilidad. No obstante, una auditoría interna puede realizarse de forma interesada y con escasa perspectiva, especialmente si existen incentivos para pasar por alto ciertos problemas éticos. Las auditorías éticas pueden ser especialmente valiosas cuando son gestionadas por evaluadores independientes externos al entorno de trabajo o centro, de forma similar a los procesos de acreditación.

De todas formas, el concepto de una auditoría ética es consistente con los esfuerzos duraderos de los profesionales por proteger a los usuarios y prevenir problemas éticos. Por ello, llegados a este punto, los profesionales involucrados en esta investigación, nos planteamos los siguientes interrogantes ¿Tenemos diseñadas políticas y protocolos adecuados para enfrentarnos a los dilemas éticos? ¿Están protegidos los usuarios? ¿Se puede alcanzar una calidad técnica excelente sin, previamente, tener en cuenta una mínima calidad ética? Pues bien, la respuesta es que hasta ahora, nos hemos preocupado y centrado solo por alcanzar una mejor calidad técnica sin tener en cuenta la calidad ética y es en este momento, donde nos podemos plantear de alguna manera, como reflexión, que en lo que respecta a calidad, en general, es hora de comenzar a realizar y a abordar las cuestiones adecuadamente. Es decir, que si realmente nos preocupa alcanzar una mejora en la calidad de los servicios y atención que presta el centro protegiendo a los usuarios y previniendo incluso problemas éticos, deberemos combinar tanto una calidad ética como una calidad técnica.

Una vez expuesta esta herramienta, “The Social Work Ethics Audit” (Frederic G. Reamer), tal y como se ha indicado al inicio de este punto, vamos a proceder a desarrollar un poco más en profundidad tres de las áreas de riesgo. Esto es debido fundamentalmente a que, como veremos más adelante en otro capítulo de esta investigación, son las áreas que se corresponden con un mayor riesgo ético. Las citadas áreas son: Confidencialidad y privacidad, Consentimiento informado y Derechos de los usuarios.

2.3.2.1 Confidencialidad y privacidad

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, lo confidencial es aquello “que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas” (2001).

El deber de confidencialidad, incorpora y se fundamenta en principios esenciales para una relación de confianza entre el profesional y su usuario. Guardar el secreto sobre lo que el usuario ha revelado sobre su propia vida es quizá la manera más profunda de mostrar respeto por su persona. Pero también es la manera más explícita de realizar el respeto por su autonomía al dejarle en sus manos el control sobre lo que quiere que se conozca y lo que no sobre sus asuntos. De este modo se funda una relación de confianza que es esencial para el ejercicio profesional y la posibilidad misma del servicio. Si el profesional no tiene capacidad para asegurar la confidencialidad a su usuario, prácticamente es imposible siquiera que dé comienzo una interacción entre ambos (...). Los límites de la confidencialidad han sido discutidos en particular a partir del caso “Tarasoff”. En octubre de 1969 Prosenjit Poddar asesinó a Tatiana Tarasoff en Berkeley, California. En el proceso que se emprendió –“Tarasoff vs. Regents of University of California”- el tribunal condenó al psicólogo que atendía a Poddar en el Hospital de la Universidad de California por no haber protegido a Tatiana de los actos violentos de su usuario. (Salcedo, D., 2001: 150-151).

M. Iraburu (2006: 52) afirma que, efectivamente, el derecho a la intimidad, puede verse limitado en algunas circunstancias. En el terreno sanitario se plantea vulnerar la intimidad de un paciente cuando se pretenda evitar un daño a terceros, a él mismo, o por imperativo legal. Por ello, la ruptura del deber de confidencialidad por parte del profesional tiene que estar muy justificada y ser el último recurso. Dado que algunos de estos conflictos pueden suponer un dilema, es muy importante solicitar el asesoramiento de un comité de ética.

Por ello, es importante conocer, que los tres grandes supuestos en los que se plantea romper el deber de confidencialidad son: por evitar un daño a otras personas, por evitar un daño a la propia persona y/o por imperativo legal.³

Por otro lado, el artículo 18.1 de la Constitución Española garantiza el derecho a poseer la intimidad, “a tener vida privada disponiendo de un poder de control sobre la publicidad de la información relativa a nuestra persona y familia”. Por tanto “el derecho a la intimidad garantiza al individuo un poder jurídico sobre la información relativa a una persona o a su familia, pudiendo imponer a terceros, sean éstos simples particulares o poderes públicos, su voluntad de no dar a conocer dicha información o prohibiendo su difusión no consentida”.

Al mismo tiempo, el Derecho Internacional, que tanta influencia tiene en el tema que estamos tratando, va poniendo las bases de un ordenamiento, que se irá volviendo cada vez más homogéneo en materia de protección de datos personales. Así, el artículo 12 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclama por la asamblea general de la ONU el día 10 de diciembre de 1948 que “nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de

³ Júdez, J et al.: “La Confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información”. Medicina Clínica. Barcelona. (2002) N° 118, (p. 22).

ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques”. Con la redacción y aprobación de este artículo, se reconoce por vez primera la protección de la vida privada como un derecho del hombre, reconocido por el Pacto relativo a los Derechos Civiles y Políticos y la Convención Americana, en 1966 y 1969, respectivamente.

La Real Academia Española ha admitido el término en su diccionario, definiéndolo como “ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión” (2001). No parece que privado e íntimo sean sinónimos. La intimidad es el conjunto de sentimientos, pensamientos e inclinaciones más internos, como la ideología, religión o creencias, las tendencias personales que afectan a la vida sexual, problemas de salud que deseamos mantener en secreto u otras inclinaciones. Normalmente, a los asuntos relacionados con este ámbito se les denomina en plural, intimidades. Mientras que la privacidad hace referencia al ámbito de la persona formado por su vida familiar, aficiones, bienes particulares y actividades personales. Todos estos aspectos, además de los íntimos, constituyen una esfera que se debe proteger de la intromisión.⁴

Tal y como señalábamos, respecto al derecho a la intimidad personal⁵, la Constitución Española de 1978 dice textualmente, en su art. 18.1, que “se garantizará el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”. Pero además, varios artículos de la Carta Magna hacen referencia a este tema; así, el art. 18.4 también limita el uso de la informática para garantizar este derecho. También el art. 20.4 hace referencia a que los derechos proclamados en el mismo (libertad de expresión, entre otros) tienen su límite en el respeto de la intimidad personal. El art. 105 del mismo texto legislativo también determina que el acceso de los ciudadanos al archivo y registros administrativos tendrá siempre en cuenta el derecho a la intimidad de las personas. Posteriormente, la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y a la Propia Imagen, dice en su art. 7.4, que “se considerará intromisión ilegítima la revelación de datos privados de una persona conocidos a través de la actividad profesional”. Con independencia de lo dicho (todo ello relativo al derecho positivo –la norma escrita–), existen normas de tipo ético o deontológico que deben ser consideradas y que tienen importancia capital en la aplicación práctica de este derecho que, además de un reconocimiento teórico, necesita una precisión de contenidos.

La Ley Orgánica mencionada enumera, con carácter general, una serie concatenada de supuestos de intromisión que se consideran lícitos y otros que siguen estando prohibidos. Así, no se reputará intromisión ilegítima la autorizada expresamente por la autoridad competente, tampoco se entiende que se vulneren los derechos personales de un cargo público si se capta, reproduce o publica su imagen, ni se impedirá que se hagan caricaturas. *Sensu contrario*, sí supone vulneración de estos derechos –y, por tanto, intromisión ilegítima–: el emplazamiento de escuchas y de dispositivos ópticos o de filmación para grabar o reproducir la vida de las personas, la

⁴ Conde Ortiz, C.: *La Protección de Datos Personales: un derecho autónomo con base en los conceptos de intimidad y privacidad*. Madrid: Dykinson (2005), (pp. 23-25).

⁵ Martínez Maroto, A. (1999) "Aspectos legales y consideraciones ética básicas relacionadas con las personas mayores y las residencias". En Rodríguez, P. *Residencias para personas mayores: manual de orientación*. Madrid: Médica panamericana (pp. 154-155).

divulgación de hechos relativos a la vida privada que afecten a su reputación o buen nombre y la utilización del nombre, de la voz o de la imagen de una persona para fines publicitarios, comerciales o de naturaleza análoga y sin permiso. Todo esto se enumera a título orientativo y sin ánimo de hacer una enumeración exhaustiva, aunque se debe reconocer que hechos o acciones como las calificadas como ilegítimas no resultan excesivamente ajenas al desarrollo de la gestión y de la atención que se realiza en el ámbito de algunas residencias para personas mayores. Pues bien, de ahí la necesidad de realizar la auditoría ética ya que esta área, de confidencialidad y privacidad, se considera que puede ser una de las de mayor riesgo por no tener resueltas determinadas cuestiones clave expuestas por F.G. Reamer.

No obstante, lo anterior, es bien sabido que continuamente están surgiendo hechos que generan situaciones conflictivas, de ahí que debamos tener muy claro que los altercados en este terreno pueden ser frecuentes. Siempre que se produzca un enfrentamiento entre un derecho y otro, serán los Tribunales los que deberán valorar en cada ocasión los derechos que colisionan y resolver en consecuencia. Por ejemplo, es fácil que puedan estar en conflicto los derechos de comunicación e información y los derechos a la propia imagen o a la intimidad personal. El derecho a la información es un derecho predominante siempre que haya un interés social en la noticia. Y, por otro lado, siempre que se produzca un enfrentamiento entre principios éticos, se deberá comenzar a aplicar las nuevas herramientas éticas estudiadas, como lo son los comités de ética, para valorar, orientar o aportar una posible solución al conflicto ético; a diferencia que en los Tribunales, dicha solución, será de carácter no vinculante.

Martínez Maroto, A (1999:155), indica que resulta comúnmente conocido que la vulneración del derecho a la intimidad es relativamente frecuente y no se le da la importancia que debería tener, debe respetarse hasta en situaciones de incapacitación legal, ya que es uno de los derechos inherentes a la persona y permanece unido al ser humano durante toda su vida, con independencia de su capacidad de autogobierno y de autocuidado. Pues bien, en la investigación, observaremos la importancia y el cumplimiento o no de este derecho, ¿Cómo? Mediante la aplicación y puesta en marcha de herramientas como la auditoría ética en este tipo de centros residenciales, donde muchas de las personas mayores son vulnerables e incapaces de denunciar, si corresponde, el incumplimiento de este.

Por otro lado, si bien es cierto, que “si quieres que tu secreto sea guardado, guárdalo tú mismo” (Séneca), la cuestión es que no siempre podemos aplicar este consejo ya que si accedemos a cualquier centro residencial los cuales pertenecen al ámbito sociosanitario, los usuarios deben informarnos de determinados datos, y algunos de ellos muy sensibles como lo son los datos clínicos, para poder llevar a cabo con ellos un programa de atención individualizado con el objetivo de mantener o mejorar su calidad de vida. Por ello, compartimos lo expuesto por M. Iraburu (2006) ya que es cierto que las personas vamos estableciendo relaciones a lo largo de nuestra vida con las que podemos elegir con quién compartir determinada información o secretos pero, por el contrario, en la relación clínica, o en cualquier institución sociosanitaria que comentábamos anteriormente, el enfermo o usuario tendrá que desnudar su cuerpo, su psique y también su vida. Por ello, que desde un punto de vista ético la responsabilidad del profesional es inmensa ya que el usuario deposita en él toda su confianza para revelar dicha información, si el profesional le falla, traicionará la confianza de una persona vulnerable que tal vez no podía elegir.

Sin embargo, continúa esta autora, vivimos en una sociedad ávida de secretos y los centros sanitarios o sociosanitarios son recintos pequeños en los que existe mucha información sensible, por ello que ¿Quién no ha escuchado eso de...?: “Sabes que ayer ingresó María la madre de la que trabaja en el colegio y padece hepatitis, ya podemos tener cuidado, su aspecto es muy malo”. En este supuesto se darían las tres circunstancias que más contribuyen a una posible intromisión en la vida privada del individuo: la pérdida del anonimato, tener un proceso que conlleve morbo y ser la información fácilmente accesible.

Haciendo referencia a los estudios previos con respecto a la confidencialidad, nos resulta relevante la información que Iraburu (2006:56) nos facilita, y es que, literalmente nos dice que “llama la atención el reducido número de estudios que tratan de indagar qué saben y cómo actúan los profesionales sanitarios en nuestro país”. Pues bien, las conclusiones de los trabajos que esta autora ha estudiado nos las resume en las siguientes:

- Los profesionales saben qué es la intimidad y cómo debe tratarse la información.
- Existe un gran desconocimiento de las leyes y de las penas que conlleva la vulneración de este derecho y, por ello, que debe ser subsanado cuanto antes.
La responsabilidad de esta situación corresponde tanto a cada profesional como a los responsables de la dirección y gestión de los servicios y centros, así como a la Administración.⁶ Por otro lado, cabe señalar en este punto que los mayores problemas no derivan de infracciones de la legislación, sino de malos hábitos de comportamiento. Son los denominados “abusos autorizados”, es decir, conductas éticamente cuestionables o deshonestas, aunque no jurídicamente prohibidas⁷.
- Tanto en el ámbito de atención primaria como en el de hospitales, un porcentaje elevado de profesionales reconoce prácticas contrarias a lo legalmente establecido, fundamentalmente por compartir información con sus compañeros de manera indebida (por ejemplo en pasillos) o con los familiares de los pacientes (¿Conocemos si el propio paciente o usuario quiere que le demos esa información a sus familiares?), y también por acceder a datos que no necesitan para desempeñar su tarea. El paciente autónomo, tiene derecho a adoptar las decisiones referidas a su persona, comenzando desde conocer la realidad de su situación para luego aceptar o no los tratamientos que el profesional le propone, hasta decidir con quiénes pueden conocer su situación y acompañarlo durante el proceso.
- En cuanto a las Historias Clínicas Informatizadas (HCI), más de la mitad de los profesionales reconocen haber consultado alguna historia por curiosidad y haber cedido su clave personal. En centros residenciales, puede ocurrir lo mismo con el uso –o mal uso- de programas informáticos como por ejemplo Resiplus ya que albergan multitud de datos y entre ellos, datos clínicos.
- Los profesionales hospitalarios están seguros de que su diagnóstico se difundiría en el caso de ingresar en su centro de trabajo, y consideran que la vía de difusión más probable sería el comentario informal de pasillo. Probablemente están tan seguros de que dicho caso pasaría, porque tal vez ellos mismos cometen habitualmente esa vulneración del derecho.

⁶ Iraburu, M. et al “Cultura de la confidencialidad en los hospitales del norte de España”. (2012) Barcelona: Medicina Clínica; 139(2) (p. 79).

⁷ Ibídem, (p. 80).

- En general se muestran preocupados por estos temas y demandan más formación la cual, sería fundamental que fuese ajustada por ejemplo al servicio y/o a la profesión que se realice. Ha de destacarse que el conocimiento de las leyes es 5 veces superior en los profesionales que han recibido formación, por ello, es obvia la necesidad de esta como vía de mejora de la calidad asistencial ya que mejorarán los conocimientos y las actitudes de los profesionales en relación con la confidencialidad⁸. En definitiva, la vía más adecuada para garantizar la confidencialidad en el ámbito sanitario no es la imposición legal o la amenaza de la sanción, sino promover una cultura de la misma mediante la formación y la educación⁹.

Estas conclusiones nos parecen importantes, ya que, pese a la falta de estudios, es muy probable que estén ocurriendo también en el ámbito sociosanitario y no solo en el hospitalario.

Para concluir este punto, vamos a comentar una cuestión tan importante como lo es la intimidad física, siguiendo con Iraburu (2006: 56) “este derecho supone que nadie puede acceder al cuerpo de otra persona sin su permiso. Nadie que esa persona no consienta puede tocarle, observarle o invadirle. Corresponderá al enfermo decidir a quién y a qué da acceso”. Pues bien, es cierto que tanto en hospitales como en residencias, en multitud de ocasiones puede tocar compartir habitación y a veces, puede ser un verdadero calvario si los pacientes o usuarios no son afines, por ello, es tan importante contar tanto con los recursos materiales idóneos (como por ejemplo una cortina que separe ambas camas para aislar visualmente a los usuarios cuando se desnuden) como con profesionales formados y sensibilizados (que sepan aplicar acciones tan sencillas y tan importantes como llamar por ejemplo a la puerta antes de entrar) para que la intimidad física sea respetada al máximo mejorando, a la vez, la calidad de la atención.

2.3.2.2 Consentimiento informado

Puñal, M.E. (2010: 5) toma como referencias legislativas fundamentales, la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Reglamento que la desarrolla, recogido en el Real Decreto 1720/2007 ya que en el marco de estos textos se analiza tanto la regulación del deber de informar como el de obtener el consentimiento para el registro y tratamiento de datos de carácter personal. Pues bien, para esta autora “se entiende por consentimiento el permiso que otorga la persona para que se traten sus datos de carácter personal, y la característica o adjetivo de informado, significa que la persona para dar este consentimiento tiene que tener una información al respecto”.

El deber de información se recoge en el artículo 5 de la Ley 15/1999 y concretamente, en el primer apartado de este artículo se aclara cuál debe ser el contenido de esta información:

Artículo 5 de la Ley 15/1999: “Derecho de información en la recogida de datos:

1. Los interesados a los que se soliciten datos personales deberán ser previamente informados de modo expreso, preciso e inequívoco:

⁸ Ibídem, (pp. 79-81).

⁹ Seoane, J.A. Ética, Derecho y datos personales. Cuadernos de Derecho Público. 2004; 19-20:91-130.

- a) De la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.
- b) Del carácter obligatorio o facultativo de su respuesta a las preguntas que les sean planteadas.
- c) De las consecuencias de la obtención de los datos o de la negativa a suministrarlos.
- d) De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
- e) De la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante.”

Por otra parte, Puñal M.E. (2010) destaca que la obligación de recabar el consentimiento de la persona afectada se recoge en el artículo 6 de la Ley Orgánica 15/1999, a la que el Reglamento de desarrollo viene a añadir precisión en su artículo 12. El primer apartado del artículo 6 declara:

“El tratamiento de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento inequívoco del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa”.

Pues bien, en relación con las personas mayores se puede hablar, en líneas generales, de dos tipos de información, aquélla que se proporciona a la persona mayor y aquélla que damos sobre la persona mayor.

Compartimos la descripción que hace Martínez Maroto, A. (1999) en torno a que la información sobre la persona mayor en el ámbito laboral está bajo el compromiso de confidencialidad de todo el personal que presta servicios en una residencia, de tal manera que se entiende que está protegida por el secreto profesional y, por lo tanto, no es divulgable. Todo lo que los profesionales hayan podido llegar a conocer a través de programas, terapias, conversaciones... (En resumen, todo lo que se deriva de su trabajo) está amparado por el secreto profesional. Para garantizar esto, el acceso a determinados datos debería ser restringido y habría que adaptar el sistema a un plan de seguridad informático, tal como se especifica en la LORTAD (Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal). Salvaguardar la confidencialidad –en general, en la relación profesional con la persona mayor-, es una necesidad de obligado cumplimiento que se basa en las propias obligaciones derivadas de la relación contractual, así como en los deberes morales exigibles a todo profesional.

Y, respecto al otro tipo de información, aquélla que podemos proporcionar a una persona mayor que, a veces, está sola, que puede estar enferma y que quizás tenga en nosotros el cauce más accesible de relación con el entorno exterior. Saber cuándo hay que hablar con una persona mayor, cuánto hay que contarle sobre ciertos temas (sanitarios o sociales) y cómo se le debe decir, requiere una profesionalidad de un marcado tinte ético. Es oportuno resaltar la importancia de este tipo de información/comunicación con la persona mayor y las cuatro características que debe tener, siguiendo con Martínez Maroto, A. (1999), son:

- Se ha de buscar la persona adecuada para recibir la información importante, en razón de las circunstancias de la persona mayor.
- No se debe mentir o dar información contradictoria respecto a los temas trascendentales para el mayor.

- Las ideologías o creencias son absolutamente respetables.
- Escuchar es tan bueno como hablar.

Es por ello, la importancia del desarrollo y puesta en práctica de la auditoria ética ya que con la aplicación de esta herramienta, por ejemplo en centros residenciales, se obtendrán unas garantías de cumplimiento de las cuestiones clave de esta área que se está estudiando.

Si se da un paso más en la explicación, este último autor, expone de que hay que hablar de la teoría del consentimiento informado destacando que esta teoría nace –según el profesor Javier Elizari-, como mecanismo de defensa frente al auge de los siguientes factores: el sentido de la libertad que caracteriza la vida, el movimiento de los derechos humanos, el desarrollo de los derechos del consumidor, la importancia creciente de la investigación y, sobre todo, la protección contra los abusos cometidos por la investigación en décadas anteriores. Es cierto que el consentimiento informado fue pionero en aplicarse en el ámbito de la ética médica pero, afortunadamente, se comienza a tener muy en cuenta también en el ámbito de la ética social. El consentimiento informado tiene como base el derecho a la información que las personas mayores deben recibir sobre aquello que les afecta directamente, comprende dos exigencias básicas: informar y obtener o no la libre adhesión de la persona a la propuesta formulada. Reiteramos la importancia de la observación y la aplicación de auditorías éticas, ya que con frecuencia, llevados por lo que consideramos bueno para los intereses generales de un programa en un centro residencial o para nosotros mismos, podemos olvidar aspectos esenciales a la persona (libertad, consentimiento, derechos humanos); con relativa frecuencia no se repara en que los análisis sobre determinados temas (aquellos que desvelan cuestiones íntimas o atacan la intimidad personal) requieren la aceptación libre de la persona mayor para ser llevados a cabo. En algunas ocasiones, toda precaución es poca en este campo.

Martinez Maroto (1999: 148), expone literalmente que “el deber de informar está ligado a la dignidad de la persona; de ahí el enorme cuidado que hay que prestar a esta exigencia”. Estamos ante derechos fundamentales de importancia capital que requieren una observancia rigurosa.

Siguiendo con este autor, compartimos sus argumentos en los que expone que para la aceptación de cualquier tratamiento o terapia y para una intervención sanitaria, o psicológica o social existe la obligación de que la persona mayor perciba adecuadamente qué se pretende hacer, qué objetivos existen y qué medios se emplearán. Con el consentimiento informado se reforzará en gran medida el principio de autonomía personal. Será la persona mayor, en el ejercicio de este principio, quien decida con plena libertad la aceptación de lo propuesto. No obstante, todo lo dicho presupone la capacidad efectiva de poder tomar decisiones libremente y con base en una plena capacidad de obrar, y esto no siempre es posible para el colectivo de personas mayores en situación de dependencia.

Llegados a este punto, resulta interesante conocer el artículo de Santander, F. (2012: 1) en el cual, expresa que “en las últimas décadas ha habido importantes cambios en las relaciones asistenciales, se está produciendo un cambio de actitud de los servicios asistenciales, desde el tradicional paternalismo a la consideración y respeto por las capacidades autónomas de las personas atendidas. Las personas reivindican cada vez

más su autonomía personal como adultos libres, autogestionan su cuerpo y su vida. Esto exige una mayor responsabilidad y educación de los ciudadanos en la gestión de su cuerpo, su sexualidad, su vida, su salud, su muerte”.

Según la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal en Situación de Dependencia, en su art. 2.1 se define autonomía personal como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”. Otra definición más reciente de autonomía puede ser la siguiente: “capacidad de autogobernarnos, de crear normas o reglas de acuerdo con nuestro concepto de lo bueno, de gestionar nuestras conductas según esas reglas que nos damos y de cambiar de reglas tantas veces como queramos si vemos que no funcionan las que tenemos”¹⁰.

Coincidimos con Santander, F. (2012) en que esta capacidad de autogobierno requiere a la vez de otras capacidades como lo son: la comprensión, la reflexión, el razonamiento y la elección independiente. Si la autonomía es la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coerción, un acto autónomo será aquel realizado con:

- Conocimiento: comprender de una acción su naturaleza y prever sus consecuencias.
- Intención: deseado y realizado de acuerdo con un plan.
- Voluntariedad: en ausencia de coacción y limitaciones personales o restricciones internas.
- Autenticidad: en coherencia con el sistema de valores y las actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido conscientemente y voluntariamente.

También es cierto que el respeto a la autonomía de las personas está unido al respeto, a la dignidad y a la libertad. Siguiendo con este autor, en forma de reglas morales más específicas, el respeto a la autonomía de las personas se fundamenta en decir la verdad, respetar la intimidad, proteger la información confidencial, obtener el consentimiento sobre aquello que propongamos y ayudar a tomar decisiones autónomas cuando nos lo soliciten. Es decir, que respetar la autonomía de la persona significa respetar al máximo sus propias decisiones y las consideraciones sobre su concepto de "calidad de vida", respetar por supuesto su intimidad, su privacidad y su dignidad.

Con respecto a la capacidad para decidir, este autor, Santander, F. (2012: 2), nos explica que el concepto “capacidad” tiene dos acepciones:

- Capacidad “de derecho” (capacidad jurídica): la capacidad para ser sujeto de derechos y obligaciones. Es la capacidad que todo ciudadano mayor de edad posee y que sólo puede ser anulada (parcial o totalmente) mediante un proceso judicial de incapacitación.
- Capacidad “de hecho” (capacidad de obrar; también llamada “competencia”). Es la capacidad para tomar decisiones o la aptitud para desarrollar una tarea.

¹⁰ Quesada M. A. “La competencia filosófica de la autonomía”. *Filosofía Hoy*. Nº 8. (2011) (p. 41).

Pues bien, es a esta “capacidad de hecho” a la que nos referiremos y la que podemos entender como la aptitud para entender la información referente a una decisión y para apreciar las consecuencias de tomar la decisión o de no tomarla. Así pues, según Santander, los criterios de decisión capaz serán:

- Conocimiento suficiente sobre lo que se va a decidir.
- Comprender la decisión y las consecuencias.
- Inexistencia de coacción externa ni interna.
- Consonancia entre la decisión y los valores de la persona.

Es cierto que en el centro donde se lleva a cabo la investigación, un centro residencial para personas mayores, este tipo de capacidad para decidir por parte del propio usuario, a veces se ve enfrentada con las decisiones opuestas que quieren tomar los familiares, un ejemplo muy común se da con las sujeciones, cuando por un lado los familiares indican al equipo técnico que pongamos por ejemplo barras en cama para que no salga al baño su familiar y evitar caídas pero, por otro lado, el propio usuario se niega al uso de tal barrera ya que desea seguir saliendo al baño evitando ponerse pañal y siendo consciente de que puede caerse. Pues bien, en este tipo de casos, si el usuario cumple los criterios de decisión expuestos anteriormente, el equipo técnico siempre respetará la decisión del propio usuario ya que mientras no esté incapacitado legalmente y no se demuestre lo contrario, al usuario se le valorará como capaz para tomar sus propias decisiones respetando, en todo momento, el principio de autonomía.

Por otro lado, Santander F. (2012: 6-9), expone otros casos más complejos como son los siguientes:

- En el caso de la persona mayor con deterioro cognitivo hay factores que pueden dificultar la evaluación de la competencia, tales como las oscilaciones de sus capacidades cognitivas, las actitudes de desorientación temporales y no cooperación o las situaciones de emergencia. Siendo el elemento principal de la valoración de la capacidad el adecuado procesamiento de la información: recepción, evocación, razonamiento, evaluación y uso adecuado para la toma de decisiones. En estos casos el modo como la información se transmita y el cerciorarse de que ha sido comprendida permitirán ampliar la posibilidad de que decida mejor. Cabe añadir por nuestra parte que a veces, en centros residenciales y tal vez en otras instituciones, se han dado casos en los cuales es más fácil que el usuario atienda a la información que se le está transmitiendo si el emisor es una persona ya conocida por este/a.
- Respecto a las personas incapaces para consentir en una decisión, expone que tienen el mismo derecho a poder decidir que las personas capaces, pero este derecho está limitado por esa incapacidad. En este caso las decisiones por representación (por el representante legal) serán una forma de tomar decisiones en nombre y en lugar de la persona incapaz. A las personas con capacidad limitada se les debe permitir tomar las decisiones que sean capaces de tomar por sí mismos. Sólo debe recurrirse a la toma de decisiones por representación en las áreas que el individuo no tenga capacidad. Cuando una persona está incapacitada funcionalmente y de modo que se espera sea transitorio, conviene esperar a la recuperación de su capacidad para tomar decisiones; pero en el caso de situación de urgencia o emergencia vital, la decisión que no pueda esperar habrá de ser tomada de modo subrogado por su representante. En el caso de personas legalmente incapacitadas para tomar

decisiones en los aspectos determinados por la sentencia de incapacitación será el tutor legal o representante legal quien tome las decisiones.

La persona que sustituye la decisión de una persona considerada incapaz autoriza o deniega una decisión basándose lógicamente en lo que cree que será mejor para el representado ya que una de sus funciones será velar por sus intereses; por ello, tendrá que ser alguien que conozca muy bien a la persona incapacitada, sus deseos íntimos, sus valores y creencias, la calidad de vida deseada, etc. El juez, suele aceptar que sea alguien próximo, generalmente de la familia ya que se considera que podrá decidir de la forma más aproximada a como lo haría la persona incapacitada. La Ley 41/2002 ('de Autonomía del paciente e información clínica') en su art 9.5 plantea que el consentimiento por representación ha de ser adecuado a las circunstancias y proporcional a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente/usuario y con respeto a su dignidad personal.

2.3.2.3 Derechos del usuario

En el Modelo de Vida y Persona (Urrutia, A., 2010) "Se entiende la persona mayor como sujeto de derechos, de forma que pueda ser agente activo de su propio proyecto de vida. Es fundamental el desarrollo de los derechos de las personas mayores y sus familias para poder avanzar en un modelo de calidad de vida".

En este sentido, Leturia-Etxaniz (2009), exponen que la mejora continua de la calidad de vida en los centros residenciales implica poner los medios para que, por un lado, las personas que viven en las residencias tengan la oportunidad de seguir siendo ellas mismas y, por otro lado, se respeten, en todas las pautas de organización y de actuación, los derechos básicos de las personas usuarios más allá de la mera atención a las actividades de la vida diaria y el mantenimiento de la salud.

Urrutia, A. (2010) nos viene a decir que hoy en día, está claro que las estructuras residenciales deben ser más reducidas en cuanto a su tamaño y cada vez más, su organización interna contempla la sectorización y modulación, configurando unidades de vida de grupos de usuarios. En este marco, continua indicando, que cabe destacar la implantación de sistemas de gestión avanzados, así como modelos de atención integrados. Pues bien, bajo nuestro punto de vista, compartimos plenamente las implantaciones que esta autora propone, pero si bien es cierto, que el mantenimiento de algunos programas como los basados, por ejemplo, en el modelo centrado en la persona pueden resultar ser insostenibles económicamente, a no ser que se reciba algún tipo de subvención, ya que los requisitos exigidos para el desarrollo de los mismos son muy costosos, por ejemplo, el ratio de personal que se exige para estos modelos, nada tiene que ver con el que se aplica en la atención residencial; por todo ello, entendemos que entidades y administraciones públicas deben realizar un profundo estudio y esfuerzo para lograr que estos proyectos, que tanto benefician a nuestros usuarios, sean viables y sostenibles en el tiempo.

Pues bien, continuando con Urrutia, A. (2010) a continuación, veremos los derechos de los usuarios que se enmarcan en el Modelo General de Atención e Intervención, inclusivo y de apoyo y orientado a la calidad de vida, algunos de los derechos fundamentales son (SIIS, 2001):

- Intimidad. Derecho de las personas a estar solas si ese es su deseo, a no ser molestadas.
- Dignidad. Reconocimiento del valor intrínseco de las personas, independientemente de cuáles sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades personales, y mostrando un trato respetuoso.
- Independencia. Posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado.
- Libertad de elección. Posibilidad de elegir libremente entre diversas alternativas.
- Satisfacción. Realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades propias en todos los aspectos de la vida cotidiana.
- Conocimiento y defensa de sus derechos. Conservación de todos los derechos inherentes a la condición de persona y de ciudadano, y oportunidad de ejercerlos.

Y respecto a los principios relacionados con las personas y sus derechos (Rodríguez, P., 2007):

- Autonomía y elección. Las personas destinatarias de los programas que se ofrecen en un centro tienen derecho a mantener en él el control sobre su propia vida. Este principio hace referencia al reconocimiento de las capacidades de las personas y, entre ellas, a la de autogobierno. Por tanto, han de poder elegir libremente y sin coacciones externas entre diferentes opciones.
- Participación. Las personas mayores con dependencia tienen derecho a continuar participando en la vida de su comunidad, a disfrutar de interacciones sociales suficientes y al pleno desarrollo de una vida personal libremente elegida. También tienen derecho, al igual que sus familias, a estar presentes y a participar en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de sus vidas, a ser escuchadas, a recibir la información requerida y a formular las quejas y sugerencias que deseen.
- Integralidad. La persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- Individualidad e intimidad. Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos pero cada una de ellas es única y diferente del resto. Las personas que viven en comunidad tienen derecho a su intimidad.
- Integración social. Las personas mayores son miembros activos de la comunidad y ciudadanos/as. Por ello, también cuando tienen una situación de dependencia y viven en un alojamiento, deben tener posibilidad de interactuar en su entorno y disfrutar de cuantos bienes sociales y culturales existen, en igualdad con el resto de la usuarios.
- Independencia y bienestar. Todas las personas mayores han de tener acceso a programas informativo-formativos dirigidos a la prevención de la dependencia, a la promoción de su autonomía y al incremento de su bienestar subjetivo. Quienes presenten situaciones de fragilidad o de dependencia tendrán derecho a recibir apoyos que mejoren su situación, minimicen su dependencia y aumenten su sensación de bienestar.
- Continuidad de cuidados. Las personas que se encuentran en un centro por su situación de fragilidad o dependencia tienen derecho a recibir los cuidados que precisen, de manera continua y adaptada a las circunstancias cambiantes de su proceso.
- Dignidad. Las personas mayores tienen derecho al respeto de la diversidad y al de su propia dignidad, cualquiera que sea el estado en que se encuentren con respecto a su capacidad funcional.

Por todo ello, la base de la atención prestada a esta población, debe fundamentarse principalmente en el respeto de sus derechos para, de este modo lograr una adecuada atención mejorando, si cabe, su calidad de vida.

El documento “Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato” (Leturia-Etxaniz, 2009) desarrolla de manera amplia la promoción de los derechos que asisten a las personas mayores en los centros sociosanitarios, permitiendo evaluarlos y guiar al centro en el camino de su desarrollo, desde la óptica de la calidad de vida, acercándose al concepto de la residencia como “lugar para vivir” (Leturia, F.J. 2008). Cabe añadir, que respecto a la evaluación, resulta muy interesante la aplicación de la auditoría ética, en el centro residencial objeto de estudio u otras instituciones, ya que se estudia y se tiene en cuenta los derechos y principios expuestos en párrafos anteriores estando recogidos, como veremos más adelante, en la misma herramienta ética y, en concreto, en las cuestiones clave del área de derechos del cliente/usuario.

Además, por concluir, los derechos y obligaciones de las personas que viven en la residencia (usuarios), quedan reflejados en el Reglamento de Régimen Interior del centro el cual se les entrega el día de su ingreso. La entrega de este RRI queda evidenciada en el propio contrato. Este RRI se podrá ver también en la parte empírica de esta tesis doctoral.

CAPÍTULO III: CALIDAD ÉTICA EN CENTROS GERIÁTRICOS

En el siguiente punto, dado que el estudio se desarrollará en un centro residencial, a continuación, vamos a definir este tipo de recurso y también, a grandes rasgos, otros recursos similares. A la hora de acceder a uno u otro, todos ellos deberían ser valorados (tanto por los profesionales como por los usuarios) para poder garantizar una atención de calidad y hacer efectiva la libertad de elección de las personas mayores. Además, centrados ya en los recursos de alojamiento residencial, se darán a conocer algunos rasgos básicos de la residencia “ideal” para nuestros usuarios, la importancia también de la calidad ética en este tipo de centros, el desarrollo de la responsabilidad social, la gestión ética y la valoración de la calidad de atención y satisfacción del usuario resultando fundamental escuchar a la persona mayor para aprender de ella incorporándolo en el proceso y actuando en consecuencia; y es que, tal y como se verá seguidamente, la potencialidad mayor del servicio está en la relación que se establece.

3.1 Definición de centros geriátricos

Rodríguez, P. (2007), nos muestra distintas definiciones de residencia propuestas por el INSERSO, desde una de las más concisas “centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas con más de 60 años” (INSERSO, 1992-) a otras más extensas como esta “centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de 60 años que, por su problemática familiar, social o económica –o ambas- no pueden ser atendidas en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios” (INSERSO, 1993-).

Pues bien, para nosotros, nos resulta muy interesante y adecuada la definición que se propuso en la primera versión del manual *Residencias y otros alojamientos para personas mayores* (Rodríguez Rodríguez, 1995) en el que se ofrecía una nueva definición de residencia que fue también recogida en el Libro Blanco de la Dependencia (INSERSO, 2005b) y que todavía se considera válida, esta definición es la siguiente: “centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención socio-sanitaria multiprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”.

Como investigadores de este estudio, apoyamos esta última definición ya que, en el centro residencial de estudio “Virgen del Valle”, la mayoría de los ingresos no se han producido por problemáticas familiares, sociales o económicas, sino más bien por el grado de dependencia en base al deterioro de la salud ya sea bien físico como psicológico como ambos. Además, efectivamente la estancia ya no solo es de tipo permanente tal y como se ha podido observar en las primeras definiciones, sino que actualmente y afortunadamente, la estancia puede ser también temporal.

3.2 Los alojamientos residenciales dentro de la red de recursos de atención

Sin lugar a dudas y para la mayoría de las personas que necesitan unos determinados cuidados, ya sean de larga duración como temporales, el hecho de “abandonar” su domicilio para comenzar a vivir en un centro residencial es un paso muy difícil y duro, por ello, siempre será preferible que la persona pueda continuar viviendo en su casa con los recursos de apoyo y atención necesarios hasta que sea insostenible y deba ser atendido en una residencia.

Según Rodríguez, P. (2007), es cierto que los recursos de alojamiento para personas mayores en situación de dependencia fueron los primeros en desarrollarse en prácticamente todos los países, de hecho, en muchos municipios se les conocía por el nombre de “asilos”. Pues bien, afortunadamente a lo largo de estos últimos años, en los países más avanzados en políticas sociales se ha aumentado la cartera de servicios que se ofrece a los usuarios dependientes, estos servicios son por ejemplo: centros de día, centros de noche, centros residenciales, servicio de ayuda a domicilio, etc., en cambio, en otros países esta cartera de servicios no se ha desarrollado lo suficiente y, por lo tanto, existe una carencia importante a la hora de que el propio usuario dependiente pueda decidir libremente cómo y dónde desea ser cuidado y atendido.

Tanto para los profesionales que ofertan los servicios sociosanitarios existentes, como para las personas dependientes que van a pasar a ser usuarios de los mismos, el disponer de este abanico de posibilidades en un gran avance con respecto a hace unos años en los que tan solo se disponía de alojamientos residenciales permanentes. Por ello que actualmente, las residencias han pasado a ser un recurso más dentro de la cartera de servicios de atención sociosanitaria a personas dependientes.

“No debemos olvidar que, por más que queramos categorizar y establecer tipologías, cada caso hay que observarlo y analizarlo como único. Las mismas condiciones *objetivas* pueden permitir a una persona permanecer en su casa y a otra suponerle el traslado a un centro de alojamiento. Desde un enfoque sistémico –y, por tanto, integral- debe valorarse el conjunto de situaciones que, desde diversos lugares del sistema, afectan a la persona (sean éstas de índole psicológica, orgánica, clínica, funcional, relacional o social).” Rodríguez, P. (2007: 15).

Esta autora, afirma que en muchos lugares todavía queda mucho por hacer; no debemos estancarnos o conformarnos con los servicios que existen en la actualidad ¿Por qué? Principalmente porque las exigencias derivadas del cambio social avanzan y, por ello, es necesario construir, desarrollar y potenciar una sólida red de servicios sociales y sanitarios. Se ha recomendado en otros lugares (Rodríguez Rodríguez, 2005) que los recursos de la mencionada red se estructuren conforme se propone en la figura 5:

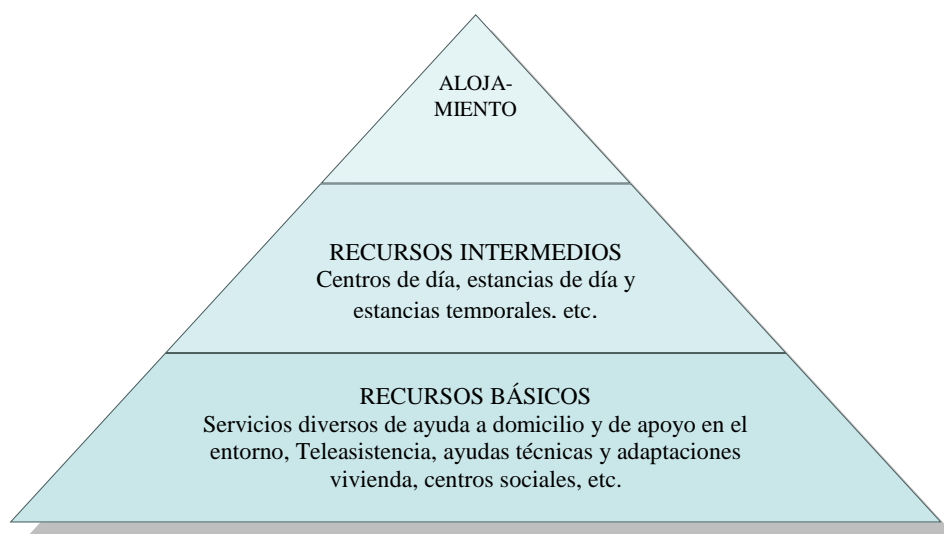


Figura 5. Estructura de la red de recursos.
Fuente: Rodríguez Rodríguez, P. (2005).

“La forma piramidal de la figura indica el grado de intensidad y amplitud con que debería desarrollarse cada uno de los recursos. Los más numerosos, que están en la base de la atención, aparecen bajo el rótulo *básicos*. Al mismo tiempo, debe desarrollarse con la intensidad suficiente el conjunto de programas que se recogen con la denominación *recursos intermedios*, y también permiten a las personas con dependencia permanecer en su casa. Hay que hacer un esfuerzo considerable para extender estos dos grupos de recursos, con el fin de que el conjunto resulte equilibrado y pueda realizarse una adecuada intervención y gestión de los casos.

En la cúspide estarían los alojamientos, con una extensión proporcionalmente menor a la de los otros recursos pero salvaguardando siempre el principio de accesibilidad a los mismos, para que todas las personas que los precisen (vivan donde vivan) tengan disponibilidad de plazas. Sólo cuando se complete esta red de recursos será posible evitar que, como sucede en la actualidad, muchas personas estén mal ubicadas –ya sea en su domicilio, ya en una residencia-.” Rodríguez, P. (2007: 15).

3.3 La imagen de las residencias según las personas mayores. La residencia ideal

Por lo general, el recurso residencial suele ser actualmente el último servicio que se demanda tanto por parte del propio usuario capacitado para tomar sus propias decisiones, como por los tutores legales o familiares de usuarios con grave deterioro, los motivos pueden ser varios, por ejemplo, que el usuario dependiente pueda continuar siendo atendido correctamente en su casa junto con la combinación de otros servicios como puede ser el de ayuda a domicilio o centro de día, para Rodríguez, P. (2007) otro motivo es la visión de rechazo que todavía muestran algunas personas o familiares hacia este servicio asociándoles una imagen negativa debido a la influencia que sobre la opinión pública han tenido algunos de los casos que han saltado a los medios de comunicación, donde se aprecia una mala atención y una vulneración de los derechos y principio básicos de las personas, otro razón, en base a la experiencia en la Residencia “Virgen del Valle”, es simplemente *por el qué dirán*, recordemos que este centro se encuentra ubicado en un pueblo donde todos se conocen y donde, tal vez, todavía predomina la tradición de que la hija o la mujer debe cuidar a su madre, padre o marido en casa sea como sea y pese a las limitaciones que se puedan encontrar; no obstante, afortunadamente, creemos que las nuevas generaciones están cambiando esta visión y saben buscar e informarse sobre los recursos más adecuados (ya sean residencias, centros de día, etc.) que les puedan servir de apoyo y ayuda a la hora de prestar una adecuada atención a sus familiares dependientes.

Como resumen de las preferencias expresadas por las propias personas mayores en diferentes estudios revisados, se ofrecen como rasgos básicos de la residencia ideal los siguientes (Rodríguez, P., 2007: 33):

- Ubicación en los entornos de procedencia para mantener vínculos y redes sociales. En el centro residencial de estudio, existe un alto porcentaje de usuarios que son del mismo municipio o descienden de él.
- Disponibilidad de espacios personalizados que garanticen la privacidad y posibilidad de decorarlos con objetos y enseres propios.
- Flexibilidad horaria para levantarse o acostarse, para las comidas, para salir y entrar, etc.

- Amplitud de horarios para las visitas y disposición de espacios privados para las relaciones.
- Coste por plaza asumible.
- Equipamientos confortables y hogareños.
- Amplitud de oferta en servicios de ocio, entretenimiento, culturales, etc.
- Comprensión por parte de los trabajadores respecto a su biografía y gustos personales.
- Dedicación de tiempo por parte del personal, dentro de su jornada laboral, para charlar, pasear, práctica de aficiones, etc.

Algunos de estos rasgos básicos, comprobaremos posteriormente, en la parte más pragmática de esta investigación, si resultan ser de interés tanto para nuestros mayores como para sus familias.

Por otra parte, respecto al tamaño de los centros, tal y como se podrá ver de una manera más detallada en el capítulo V, parece que existe una tendencia a la construcción y/o gestión de centros de entorno a las 100 plazas ya sean de tipo privado como público en contra de las recomendaciones deducidas de diversas investigaciones y estudios.

Para Rodríguez, la defensa de los centros grandes suele justificarse por el hecho de que los casos de mala calidad asistencial y falta de equipamientos adecuados suelen ocurrir en centros pequeños donde probablemente la causa fundamental de este tipo de problemas provenga de la inadecuada gestión del centro o de la falta de control o inspecciones por parte de las correspondientes administraciones públicas. Para nosotros como investigadores, también se ha podido observar y estudiar que esta tendencia también tiene que ver con la rentabilidad del recurso, cuanto mayor sea el tamaño o la capacidad del centro, mayor serán los beneficios económicos obtenidos, por ello que, pese a las comentadas recomendaciones, cada vez son menos las empresas que se atreven a gestionar centros pequeños y menos aún en estos tiempos de crisis tanto ética como económica.

“Hay que tener en cuenta la evidencia científica a este respecto y las recomendaciones que se efectúan con base en ella . En Francia, por ejemplo, la normativa que regula la construcción de residencias para personas mayores alude a que éstas “deben ser concebidas como establecimientos de 40 a 80 plazas (...) y estructurarse en unidades de 20” (Larochelambert, 1993; Le Boulter, 2006). Los países nórdicos se decantan desde hace tiempo por tamaños aún más pequeños –de 30 a 50 plazas (Statskontoret, 1988)-, y la OCDE denuncia, desde sus primeros documentos, el tamaño “gigantesco” de algunas instituciones –de 100 a 120 plaza- (OCDE, 1993) y propone alternativa de tipo comunitario (OCDE, 1996, 2006)”. (Rodríguez, P., 2007: 34-35).

El centro de estudio, la Residencia “Virgen del Valle”, tal y como se describirá más adelante, es de 74 plazas. Observaremos, según un estudio realizado sobre las listas de espera a los distintos centros residenciales de la zona alta de La Rioja, las preferencias de los usuarios; veremos si existe más lista de espera en los centros con gran capacidad (más de cien plazas) o en los centros más pequeños.

Como consecuencia de todo lo anterior, Rodríguez defiende que, efectivamente, las entidades que gestionan este tipo de servicios deben de tener muy en cuenta tanto las preferencias de los propios usuarios como las recomendaciones deducidas de diversas investigaciones ya que, de este modo, realmente la empresa o entidad demostrará interés por la calidad de vida de las personas. Al igual, habrá que tener en cuenta también los deseos de la población que coinciden en la existencia de habitaciones individuales. Sólo en países como Suecia, Noruega o el Reino Unido se supera el 80% de disponibilidad en esta tipología, mientras que en otros, como Japón, apenas llegan al 10% de habitaciones individuales (OCDE, 2005).

Como conclusión, Rodríguez (2007: 35) deduce que, “en general, la oferta de alojamientos que hoy se realiza no se adecúa a lo que la ciudadanía en general y las personas mayores (potenciales destinatarios de este recurso) en particular, desean. Entre las quejas recurrentes que las residencias evocan se destacan ahora dos de las que se consideran más importantes:

- La pérdida de control sobre la propia vida que las personas perciben se produce en la vida cotidiana de los centros, lo que origina una disminución de su derecho a realizar elecciones,
- El debilitamiento de las relaciones sociales y de las interacciones, que se ven restringidas cuando se vive en una residencia. De manera permanente, se detecta en los estudios la enorme importancia de la afectividad y de las emociones en esta fase vital, que se ven muy afectadas cuando las personas se ven obligadas a abandonar su hogar.”

3.4 El imperativo ético: calidad ética

“El hombre es un fin en sí mismo, no un medio” (Kant, 1973). Quienes olviden esta dimensión de lo humano y utilicen a la persona como medio para lograr un fin, obviamente estarán actuando inmoralmente. Los profesionales que trabajan por ejemplo en centros residenciales, será fundamental que apliquen un imperativo ético en sus tareas diarias ya que compartiendo la afirmación de Rodríguez, P. (2007: 71): “la labor cotidiana de cualquiera de los profesionales de intervención debe incluir, como finalidad primordial, ayudar a mantener la dignidad de la vida humana en esa última fase”. Para ello, será fundamental que tanto el equipo técnico como el personal de atención directa conozcan la biografía de cada una de las personas que están en un centro, con el fin de adaptar las intervenciones a las peculiaridades individuales (Fontanals y Bonet, 2003) y es que, puede ser que un usuario no quiera participar en el taller por ejemplo de pintura, pero en cambio esté deseando participar en el de cálculo porque toda su vida ha trabajado en contabilidad, este tipo de acciones, donde se respete la decisión libre de participación del usuario, donde se conozcan sus habilidades y fortalezas, etc., hará que se fomente la autoestima respetando a la vez los derechos y principios de las personas.

Continuando con Rodríguez, es cierto que la vida en una residencia no es fácil y pueden darse multitud de situaciones problemáticas que no se afrontan con facilidad y a las que, por tanto, no se pueden dar respuesta de inmediato ya que se considera fundamental la prudencia y el estudio de cada situación para poder elaborar una respuesta o solución adecuada. “Aceptar de entrada la complejidad que rige el conjunto de relaciones que se producen en el medio residencial sería, pues, la primera recomendación. La segunda, permanecer atentos a la garantía del ejercicio del derecho

de las personas, a la efectividad de los principios y criterios de intervención, y al cumplimiento de objetivos.” Rodríguez, P. (2007: 71).

Por otro lado, haciendo referencia a Maslow (1976), resulta muy interesante tener en cuenta esta frase: “el hombre sólo vive de pan cuando no hay más que pan, esto es, cuando está satisfecho, entonces surgen otras necesidades superiores que son las que dominan”, y es que la labor que desempeñen los profesionales en los centros residenciales junto con los propios usuarios será de suma importancia para ir satisfaciendo más necesidades que las básicas. En muchas ocasiones, nos podemos encontrar con personas con una dependencia moderada o severa que ingresan en el centro muy desmotivados y con cierta preocupación tal vez ocasionada por los miedos que presentan a lo desconocido, o también personas que a la vez están enfadas *con la vida* centrándose en los aspectos más negativos: *no valgo para nada, lo mejor que puedo hacer ya es morirme*, o también, podemos encontrarnos con personas que presentan una grave dependencia y que *a priori* podría haber profesionales que opinasen que poco se podría hacer o trabajar con ellos. Pues bien, para estos casos y otros muchos, si contamos con profesionales suficientemente cualificados, estamos seguros que se conseguirán satisfacer más necesidades que las básicas y de seguridad ¿Cómo? Fomentando su autoestima, valorando sus ilusiones y esperanzas, conociendo su historia de vida para, por ejemplo desarrollar talleres de su interés y donde pueda sentirse a gusto, aplicar una escucha activa, saber demostrar afecto y cariño incluso en aquellas personas que hemos comentado con grave dependencia, etc. Por todo ello, se puede afirmar que los profesionales siempre podrán ayudar a cubrir más necesidades que las básicas. Afortunadamente los conceptos de asilos, de centros asistenciales, etc. poco a poco se han ido quedando obsoletos porque efectivamente, en estos centros tal vez solo se intentaban tener cubiertas dichas necesidades básicas. Por concluir, para el cumplimiento de estos objetivos, será fundamental que los usuarios se sientan valorados y motivados y que los profesionales sepan valorar el presente de las personas mayores independientemente de su edad o dependencia.

3.5 Desarrollo de la responsabilidad social (RS)

En este punto, debido a que nuestros servicios se encuentran integrados en la sociedad, vamos a tratar de desarrollar el concepto de responsabilidad social. Pues bien ¿Qué significa? “la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores.” Libro Verde (2001: 7). Ser responsable socialmente, no solo implica cumplir con las obligaciones jurídicas, sino que tenemos que intentar mejorar aspectos sociales y medioambientales. Y ¿Cómo se puede fomentar el desarrollo de la responsabilidad social en las empresas? Según este Libro verde (2001) algunas de las acciones podrían consistir en:

- Fomentar la formación y el reciclaje, para garantizar que los directivos tengan las habilidades y competencias y puedan promover la misma al resto de sus trabajadores.
- Y difundir e intercambiar información, sobre las buenas prácticas en materia de responsabilidad social de las empresas, estableciendo un *feedback* y un seguimiento entre ellas.

Pues bien, debido a que un número creciente de empresas reconoce cada vez más claramente su responsabilidad social considerándola parte de su identidad, resulta relevante comentar su doble vertiente que, según Urritia, A. (2010), consiste en:

- Por un lado la RS interna la cual contempla el interior de la entidad desde la perspectiva del interés social, más allá de la mera rentabilidad económica, incluyendo aspectos claves como los recursos humanos, la salud y la seguridad laboral, la formación y participación de los trabajadores/as, la gestión de la calidad o la gestión medioambiental.
- Y por otro lado la RS externa que hace referencia a las relaciones de la entidad con interlocutores/as externos, sus aliados y, en general, con su entorno social y medioambiental.

Hay que destacar que la responsabilidad social, además conlleva asociados unos valores éticos como son: la equidad mediante el trato justo, la transparencia en la información, el fomento de la participación de los trabajadores, el desarrollo de planes orientados a la formación, promoción, satisfacción y crecimiento personal de los trabajadores, por último, la identificación de la empresa. Arrieta y De la Cruz (2005).

Pero ¿Y por qué cada vez son más las empresas que integran este tipo de responsabilidad social? Pues bien, es lógico que van a obtener ciertos beneficios y mejoras. Con respecto a los beneficios, se podrían considerar la permanencia de la organización en el tiempo y la legitimidad social la cual resulta de suma importancia en nuestro sector sociosanitario ya que fomentará la confianza en el mismo. Y haciendo referencia a las mejoras que se pueden adquirir destacan: la mejora tanto de la propia imagen de la empresa como de las relaciones con el entorno, incremento de la captación de nuevos usuarios y fidelización de los actuales, y un mayor compromiso y lealtad de los trabajadores ya que esta responsabilidad repercutirá por ejemplo en la mejora del clima laboral, la motivación, etc.

Como conclusión, podemos afirmar que la integración de responsabilidad social en las empresas facilita el alcance del bien común encaminando a las mismas hacia la excelencia ética.

3.6 La valoración de la calidad de atención y la satisfacción del usuario

“Para que la evaluación sea herramienta de mejora continua y de optimización del servicio se debe enmarcar en un contexto determinado, no sólo del tipo de servicio que se presta desde un recurso o centro de atención, sino también, claramente, con relación al modelo de atención y al modelo de gestión de ese servicio. Puede ocurrir que la organización o servicio esté centrado en la entidad y garantice una calidad en la gestión. Puede, también centrarse en las personas y usuarias y alcanzar altos niveles de calidad de vida con una buena atención, y conseguir una buena prestación asistencial”. Leturia, F.J. y Leturia, M. (en Rodríguez, P., 2007: 224).

Siguiendo con estos autores, afirman que no es habitual encontrar organizaciones centradas e implicadas tanto en la propia entidad como orientadas hacia las personas. Pues bien, sería ideal alcanzar el equilibrio entre ambos elementos para conseguir por un lado una buena y correcta gestión de los servicios y, por otro lado una buena calidad de vida de nuestros usuarios respetando sus principios y derechos.

Además, como tercer elemento, habría que tener en cuenta también el grado de compromiso ético y social de la misma, cuanto mayor sea el grado, significará que mayor será la implicación de los profesionales por alcanzar una calidad ética y alcanzar un bien común.

Pues bien, tras conocer los elementos que pueden formar parte del modelo ¿Qué aspectos debemos evaluar para conocer la calidad de atención? Según Leturia, F.J. y Leturia, M. (2007) resultaría interesante valorar las siguientes dimensiones:

- Atención a la persona: valoración inicial, plan de atención individualizado (PAI), promoción de la autonomía, procedimientos y protocolos.
- Relaciones y derechos de la persona: acogida en el centro, relaciones con la familia y con la comunidad, grado de satisfacción de los clientes (usuarios y familias).
- Confort, entorno y servicios de alojamiento.
- Personalización e intimidad del entorno, higiene y limpieza del centro, etc.
- Organización del centro: funcionamiento del equipo interdisciplinar, formación continua y gestión del conocimiento.

El siguiente paso es ¿Cómo debemos realizar esta evaluación? Es conveniente la utilización de sistemas estandarizados de evaluación. Uno de ellos es el denominado *Las residencias son para vivir* (SIIS) el cual se basa en la evaluación de aspectos y derechos de las personas mayores atendidas en el centro tales como: intimidad, dignidad, autonomía, elección, derechos, satisfacción y también, aspectos materiales, atención personal, forma de vida, relaciones personales, relaciones con el exterior, organización y funcionamiento, y el trabajo en el centro.

Por último, respecto a la satisfacción del usuario cabe decir que “es el resultado final de una serie de medidas que afectan al producto o servicio en sí mismo, al soporte técnico que se da, a la documentación, a la información y a la calidad del servicio. Envuelve las relaciones entre el usuario y el suministrador y hace que se establezca una actitud de lealtad natural de aquél hacia éste (precisamente, por haber encontrado la calidad de servicio que exigía desde el principio) y que exista una confianza plena entre las partes” Leturia, F.J. y Leturia, M. (en Rodríguez, P., 2007: 229).

Por lo tanto, será fundamental escuchar a nuestros clientes, ya sean usuarios como familiares, para poder mejorar nuestros servicios. Si estudiamos, valoramos y tenemos en cuenta sus necesidades lograremos que depositen mayor confianza en nosotros mejorando y reforzando la relación. Pero si por el contrario, no se tiene en cuenta al cliente pero procedemos a invertir en otras cuestiones de interés para la entidad, probablemente el grado de satisfacción de nuestros usuarios no sea el deseado ya que tanto profesionales como clientes deben ir de la mano para poder construir servicios de calidad que se ajusten al grado de sus exigencias o necesidades. Para medir la satisfacción de nuestros clientes, será fundamental pasar cuestionarios periódicamente. Además, según Leturia, F.J. y Leturia, M. (2007) se deben dar dos pasos: saber identificar los requisitos del usuario externo asegurándonos internamente de que los cumplimos e instaurar buenos sistemas de gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias.

Por todo ello, mediante la aplicación de encuestas de satisfacción lograremos conocer la impresión que tienen nuestros clientes de los servicios ofrecidos con el objetivo de mejorar todo aquello que sea posible para mejorar simultáneamente tanto la calidad de los servicios como la satisfacción de los mismos. Más adelante, en la parte empírica del estudio realizado, observaremos la importancia de esta herramienta. Según el tipo de servicio que se preste, se utilizarán cuestionarios diferentes pero deberán incluir, habitualmente, tanto al usuario como a su familia.

CAPÍTULO IV: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA. ORIENTACIÓN DEL ESTUDIO Y LA APLICACIÓN

4.1 Objetivos

Respecto a la formulación del problema de investigación que nos ocupa, a continuación, se procede a exponer los objetivos tanto generales como específicos los cuales fueron fundamentales para dar comienzo a la sistematización de dicha investigación.

Estos objetivos se consideran que corresponden a un tema oportuno y actual ya que hoy en día la utilización de la auditoría ética como herramienta para mejorar la calidad/satisfacción de los usuarios de los centros residenciales de personas mayores es bastante desconocida en este sector pero, si bien es cierto, cada vez existe más interés y curiosidad por *la calidad ética* en las instituciones, en general (prueba de ello, son la existencia y el interés que generan charlas, ponencias, etc.).

Además, conlleva implicaciones prácticas ya que estos objetivos se adecúan a los medios y recursos disponibles, en un determinado tiempo (durante el año 2014) y espacio (en la Residencia “Virgen del Valle”).

Por otro lado, estos objetivos que se indican de este problema de investigación, se plantean con la finalidad de abordar una laguna en la investigación actual ya que sí que es conocida la herramienta como tal diseñada por F. Reamer pero son desconocidos los resultados de su aplicación en el sector de residencias de personas mayores y menos aún contando con la opinión de los propios usuarios del centro y sus familiares. Es por ello que se trata de perfeccionar este instrumento/herramienta propuesta por F. Reamer.

4.1.1 Objetivos generales

- Implantar la auditoría ética en el centro residencial “Virgen del Valle” para fomentar la satisfacción de los usuarios mejorando la calidad de los servicios ofrecidos.
- Perfeccionar la herramienta propuesta por F.G. Reamer teniendo en cuenta la opinión de los propios usuarios y familias.
- Evaluar la eficacia de la herramienta.

4.1.2 Objetivos específicos

Para el objetivo general “Implantar la auditoría ética en el centro residencial Virgen del Valle para fomentar la satisfacción de los usuarios mejorando la calidad de los servicios ofrecidos”:

- Buscar comportamientos no apropiados y/o posibles riesgos éticos basados en las 17 áreas de riesgo propuestas por Reamer F.G. (2000)
- Definir grados de riesgo en las diversas áreas.
- Revisar y asegurar la adecuación de las prácticas habituales.
- Diseñar una estrategia práctica para modificar prácticas habituales.

Para el objetivo general “Perfeccionar la herramienta propuesta por F.G. Reamer teniendo en cuenta la opinión de los propios usuarios y familias”:

- Tener en cuenta el punto de vista de los clientes, es decir, de los usuarios y familiares.
- Combinar, además, la herramienta de F.G. Reamer con otra, denominada AMFE, para desarrollar una novedosa herramienta de prevención capaz de medir el riesgo ético de cada una de las áreas.
- Lograr que los usuarios estén informados y orientados sobre sus derechos y los recursos sociales existentes.
- Desarrollar un sistema de coordinación con el equipo, para tratar los problemas desde las distintas perspectivas profesionales.

Y para el objetivo general “Evaluar la eficacia de la herramienta”:

- Realizar un seguimiento del plan implementado.
- Realizar un seguimiento de los datos recogidos, al inicio, trimestral y semestralmente.

4.2 Hipótesis

La primera hipótesis central relacional analítica causal de esta investigación es la siguiente:

Si el centro residencial “Virgen del Valle” realiza durante el año 2014 una auditoría ética consistente en la verificación del buen funcionamiento mediante la examinación y corrección de procedimientos y protocolos de las áreas con mayor riesgo y, además, se tiene en cuenta las opiniones de los propios usuarios y familias, se podrá observar que, comparando las encuestas de satisfacción de usuarios y familias realizadas en el mes de diciembre del año 2013 con las realizadas en el mes de diciembre de 2014, los resultados serán más satisfactorios debido a que se habrá ido mejorando tanto la calidad técnica de los servicios como la calidad ética a lo largo de todo el año 2014.

Como segunda hipótesis, la cual surge de la propia intuición pudiendo clasificarla como descriptiva simple, es la siguiente:

Respecto a las 17 áreas de riesgo propuestas por Reamer F.G. (2000), se puede pensar o intuir que, cuando se lleve a cabo la auditoría en el centro residencial “Virgen del Valle”, las de más alto riesgo podrán ser la de confidencialidad y privacidad, el consentimiento informado y los derechos de los usuarios; y que, por el contrario, las de más bajo riesgo se considera que serán la oferta de servicios y la finalización del servicio prestado al usuario.

4.3 Metodología

El método de investigación utilizado es el estudio de caso. El estudio de caso como señala Yin (1989), uno de sus más destacados investigadores, es una metodología de investigación que se trata de “una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real, donde los límites entre el fenómeno y el contexto no se muestran de forma precisa, y en el que múltiples fuentes de evidencia son utilizadas”.

Como definen diversos autores (Eisenhart (1989), Bartlett 2017, Scholz/Tiejte (2002), Gary (2011) Stake (1988) el estudio de casos se trata de una metodología de estudio especialmente indicada, entre otras, para analizar la aplicación teórica a un determinado entorno real, único y poder determinar y extraer conclusiones de la experiencia realizada. En los estudios de caso la unidad de análisis, más que centrarse en un individuo o en un grupo de individuos, se centra en el estudio de un sistema de acción.

Por todo ello, el estudio de caso se convierte en un método de investigación especialmente adecuado para el objeto de estudio planteado, como es la aplicación de la auditoría ética de Reamer a un entorno único y concreto como es la Residencia Virgen del Valle.

Además de las condiciones apuntadas anteriormente, señalar que tal y como indican Latorre et al (1996:237), el estudio de caso es especialmente indicado para “investigaciones a pequeña escala, en un marco limitado de tiempo, espacio y recursos”, “favorece el trabajo cooperativo y la incorporación de distintas ópticas profesionales a través del trabajo interdisciplinar, contribuye al desarrollo profesional” y “es indicado para la toma de decisiones”.

Su aplicación nos ha permitido realizar un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad del centro residencial de personas mayores “Virgen del Valle”. La elección de este centro el cual, tal y como se explicará detalladamente en el siguiente capítulo, ha sido principalmente por su singularidad; debido a su tamaño, tipos de plaza que oferta y tipología de usuarios. Por un lado, se trata de un centro de capacidad intermedia ya que se encuentra entre los centros con un tamaño relativamente pequeño de 50 plazas que es lo ideal y lo más demandado por los clientes, y centros más grandes de 100 plazas que sería por lo que probablemente apostaría más fácilmente una empresa, por otro lado, cuenta con plazas de tipo mixta, es decir, que presenta tanto plazas privadas como públicas siendo estas últimas, de gran interés tanto para los clientes a los cuales les sale más asequible el coste de la misma, como para las empresas gestoras que, hasta el momento, en La Rioja pueden llegar a un acuerdo con la Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia con respecto al precio por el mantenimiento y reserva de estas plazas en centros privados como este. Además, pese a su tamaño, cuenta con un amplio equipo interdisciplinar ya que la tipología de los usuarios es muy variada, desde usuarios con dependencia moderada, es decir, prácticamente autónomos, hasta dependientes severos y grandes dependientes. Por último, cabe señalar que es un centro donde la gerencia del mismo apuesta por los proyectos pioneros permitiendo el desarrollo de los mismos.

Tal y como hemos fundamentado anteriormente, el estudio de caso, resulta ser el más idóneo para nuestro objeto de estudio ya que se va a observar cómo la implantación de la herramienta mejorada y diseñada por F. Reamer, la auditoría ética, en este centro va a fomentar la satisfacción de los usuarios mejorando la calidad de los servicios ofrecidos.

La metodología del estudio de caso ha sido muy utilizada por las Ciencias Sociales, desde el lejano y pionero estudio de Leplay en el S.XIX sobre las familias de clase obrera en Francia, pasando los estudios realizados por la Escuela de Chicago a

principios del SXX, centrales para la sociología, hasta los más recientes estudios de la Psicología Social o de la Sociología y no digamos en el ámbito de la Educación.

En su desarrollo, los autores han ido optando por ir clasificando esta metodología de investigación según diferentes variables: si se atiende al motivo de la selección del objeto de estudio (pueden ser casos intrínsecos o instrumentales), de acuerdo a su finalidad (exploratoria, descriptiva o explicativa), si se atiende a cuestiones biográficas, ideológicas o de oportunidad (centrales, críticos, extremos), si se atiende al número de unidades de análisis (de caso único o de caso múltiple), etc.

Pues bien, si contextualizamos nuestro diseño de estudio de caso en torno a algunas de estas clasificaciones, podríamos decir que nuestro estudio sería:

- Explicativo, ya que consiste en facilitar la interpretación de los resultados alcanzados. Va más allá de la mera descripción, se trata de hacer un seguimiento de la herramienta implementada explicando el desarrollo y los resultados de la misma. Dado que la investigación es pionera, resulta de interés aprender de ella y aplicar la herramienta desarrollada en otros centros o proyectos para continuar estudiando los resultados.
- Instrumental, en nuestro caso, atendiendo al objetivo fundamental que persiguen los criterios (según Stake, 1994), la modalidad que se utiliza, es el estudio instrumental de casos ya que su propósito es analizar para obtener una mayor claridad sobre un tema o aspecto teórico, profundizando en el tema y poniendo a prueba una teoría si corresponde; el caso es el instrumento para conseguir otros fines indagatorios. Aplicando esta modalidad, en nuestro estudio, el objetivo es poner a prueba en la residencia la auditoría ética, proporcionando al centro una sencilla herramienta para examinar la ética de sus prácticas, políticas y procedimientos consistente en la verificación del buen funcionamiento y, además, como innovación a esta herramienta, se tienen en cuenta las opiniones de los propios usuarios y familiares para poder observar si el centro, con dicha herramienta y, tal como plantea el autor de la misma, mejoran tanto la calidad técnica de los servicios como la calidad ética y, en definitiva, se alcanza unos resultados más satisfactorios.
- Central, ya que como indica Forni (2010: 6) un estudio de casos es central “cuando un fenómeno ha sido poco o nada estudiado con anterioridad suele ser la mejor opción centrar la atención en casos que revistan centralidad o sean muy importantes para el universo considerado. La importancia del caso puede deberse a su tamaño, importancia política, cultural o de cualquier otro tipo de acuerdo a la naturaleza del fenómeno”. Este es el caso de nuestro trabajo de investigación puesto que es la primera vez que se aplica la auditoría ética, herramienta diseñada por Reamer, en un centro residencial procediendo, a la vez, a mejorar la misma dando lugar a la creación de una nueva herramienta metodológica de diagnóstico y prevención de riesgo ético denominada MERE (herramienta de Medición de Riesgo Ético).

4.3.1 Identificación del problema a investigar

En esta residencia se quiere contribuir a lograr una mayor calidad, pero ya no solo técnica sino ética. Es por ello que al inicio nos preguntábamos ¿Cómo podemos alcanzar este objetivo de una manera ordenada y sostenible? ¿Qué tipo de herramientas novedosas existen que puedan encajar para lograr el fin propuesto permitiendo a la vez una observación y seguimiento de los resultados? Pues bien, para Yin (1994:20) los interrogantes de investigación o preguntas de estudio, son el primer elemento del diseño de cualquier investigación. Estos interrogantes identifican el problema central de la investigación e indican qué metodología de investigación será la más adecuada. Según este autor los interrogantes "cómo" y "por qué" son los más indicados para una metodología de estudio de caso.

4.3.2 Trabajo de campo

Típicamente los estudios de caso integran o triangulan distintas fuentes y métodos de recolección de datos (archivos, cuestionarios, entrevistas y observaciones). Los datos reunidos pueden ser cuantitativos, cualitativos o ambos. (Eisenhardt, 1989). En este caso el diseño de la investigación ha optado por un diseño exclusivamente cuantitativo. Como todos sabemos el diseño cuantitativo es una forma de aproximación sistemática al estudio de la realidad. Se apoya en categorías numéricas y permite realizar el análisis de los fenómenos a través de diferentes formas estadísticas. La elección de este diseño cuantitativo se fundamenta que la investigación social cuantitativa está directamente basada en el paradigma explicativo. Como sabemos, este paradigma utiliza preferentemente información cuantitativa o cuantificable para describir o tratar de explicar los fenómenos que estudia, en las formas que es posible realizarlo en el nivel de estructuración lógica en el cual se encuentran las ciencias sociales actuales. Además es un diseño coherente con el paradigma teórico de referencia elegido, el método de casos. Y lo es porque va a intentar medir variables directamente relacionadas con las hipótesis planteadas.

4.3.2.1 Instrumentos de investigación: Triangulación metodológica

En esta investigación, para la obtención de datos, se han aplicado varias herramientas diagnósticas de carácter cuantitativo como son: el análisis modal de fallos y efectos (AMFE), el MERE (Herramienta de Medición de Riesgo Ético), la encuestas a usuarios y familiares, y el cuadro de mando integral (CMI). Todas estas herramientas han sido desarrolladas y aplicadas mediante un diseño secuencial y con el objetivo de triangulación metodológica. Fue Denzin (1978) quien utilizó por vez primera el término triangulación. Término que fue tomado prestado del argot que utilizaba la navegación militar en la determinación de sus estrategias, y que se basaba en la utilización de diferentes metodologías en el estudio de un mismo problema. El método de la triangulación es un sistema de estudio combinado en donde el investigador se sirve de varios métodos de recolección de datos y de análisis, de tal suerte que los hallazgos obtenidos a través de cada uno de las diferentes técnicas son utilizados para complementar y/o contrastar los resultados obtenidos por los otros. El objetivo final es que de la combinación de los diferentes métodos, se optimicen los resultados, comprobando o desechando las hipótesis teóricas planteadas. Este ha sido el planteamiento que ha regido en el presente trabajo de investigación. A continuación se detallan cada una de las técnicas utilizadas:

AMFE. Análisis Modal de Fallos y Efectos.

Según Ruiz, P y González, C (2008: 45) “El análisis modal de fallos y efectos es una herramienta para identificar y evaluar los fallos potenciales de los procesos, sus causas, así como los posibles efectos. Permite priorizar estos fallos potenciales según el riesgo o gravedad, la probabilidad de frecuencia u ocurrencia y las posibilidades de detección y así poder establecer acciones para eliminar o reducir la probabilidad de que se produzcan los fallos.

Se utilizó por primera vez en Estados Unidos en la década de los años sesenta del siglo pasado, en concreto en la industria aeroespacial militar norteamericana, en la cual se estableció una especificación del método (norma MIL-EST-16291, titulada “Procedimientos para la realización de análisis de modo de fallo, efectos y criticidad”). En la década siguiente este método se aplicó a las empresas automovilísticas, de la cual Ford fue pionera, y se extendió pronto al resto de la industria del automóvil. Actualmente se emplea también en la industria de la aviación, química, nuclear, aeroespacial, entre otras. También puede recogerse con la denominación de AMFEC (análisis modal de fallos, efectos y su criticidad), al introducir de manera destacable y más precisa la gravedad especial de las consecuencias de los fallos.

En sanidad se adaptó por primera vez en Estados Unidos. La Veterans Health Administration creó en 1998 el National Center for Patient Safety. Esta entidad adaptó el AMFE al sector sanitario mediante el diseño de la herramienta: Healthcare Failure Mode & Effect Analysis.

Su aplicación en el ámbito sanitario en España es muy reciente. Hace pocos años que se empezó a emplear en áreas como urgencias, quirófano, unidades de críticos, etc., si bien muy recientemente se ha ido extendiendo de manera progresiva a otras muchas áreas, tanto clínicas como de gestión.”

La aplicación de esta herramienta en la investigación, tuvo lugar en la primera fase ya que se consideró que podría ser muy adecuada para definir los grados de riesgo en las diversas áreas a estudiar averiguando qué prácticas y políticas utilizaban los trabajadores sociales y el resto del equipo para proteger a los usuarios, y para identificar los riesgos en relación con temas éticos definiendo códigos de conducta y planteando cambios para reforzar éticamente las políticas del centro.

Esta herramienta se comenzó proponiendo, en base a la herramienta The Social Work Ethics Audit desarrollada por Frederic G. Reamer, 17 áreas de riesgo subdivididas en ítems específicos para que todos los miembros tanto del consejo de participación como del comité de ética decidiesen si se trataban de áreas o ítems de alto, medio o bajo riesgo. Las 17 áreas propuestas fueron: derechos de los usuarios, confidencialidad y privacidad, consentimiento informado, oferta de servicios, límites de las relaciones con los usuarios y conflictos de intereses, documentación, informaciones difamatorias, informes de los usuarios, supervisión, desarrollo y formación de los profesionales, consultas a otros profesionales, derivación de los usuarios a otros servicios, fraude, finalización del servicio prestado al usuario, “practitioner impairment”, evaluación e investigación y toma de decisiones éticas.

La participación en el inicio de la elaboración del AMFE fue del 100% ya que colaboraron todos los integrantes tanto del consejo de participación como del comité de ética. Indicar que el consejo de participación estaba formado por seis personas (un usuario válido, un usuario dependiente con deterioro cognitivo, un familiar de un usuario dependiente y otros tres familiares de usuarios grandes dependientes) y el comité de ética del centro estaba formado por nueve personas (siete técnicos del centro – trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico, enfermero, fisioterapeuta y supervisor-, una persona ajena al centro y formada en ética y un licenciado en derecho).

MERE. Medición del Riesgo Ético.

Para la investigación que nos ocupa, debido a que la estructura del AMFE se tuvo que modificar y adaptar para medir exactamente y exclusivamente el riesgo ético teniendo que introducir instrucciones de la herramienta de F.G. Reamer se dio lugar a la creación de una nueva herramienta metodológica de diagnóstico y prevención de riesgo ético denominada MERE (herramienta de Medición de Riesgo Ético).

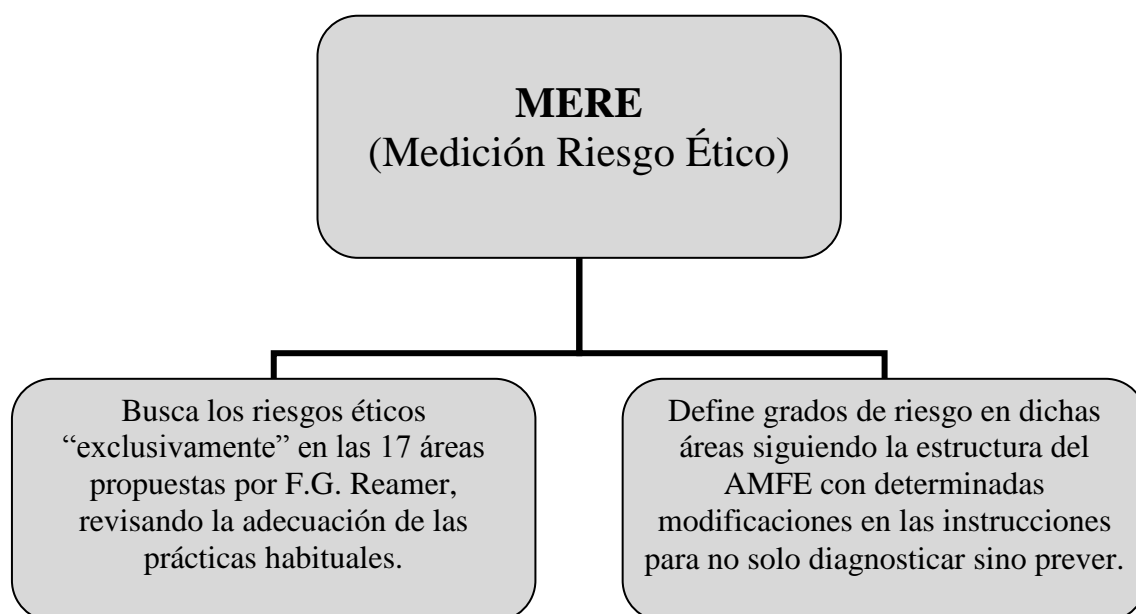


Figura 6. Nueva herramienta de Medición de Riesgo Ético (MERE).

Fuente: elaboración propia.

La ventaja de esta nueva herramienta es que puede ser aplicada en cualquier otro centro o institución para, posteriormente, realizar por ejemplo comparativas de los riesgos éticos detectados entre centros del mismo grupo o de distintos grupos o empresas y realizar un aprendizaje sobre la prevención y/o resolución de los mismos, lo cual se puede denominar como benchmarking. Entre los beneficios de la misma, principalmente va a servir para detectar precozmente los fallos éticos para poderlos prevenir o solucionar y, de este modo, garantizar la calidad de los servicios a la vez que se mejora la satisfacción de los clientes.

La MERE es de especial interés para aplicarla previamente a la auditoría ética. Asimismo, por ejemplo una empresa que comienza a gestionar un centro o institución que ya estaba en marcha y desea diagnosticar y prevenir sus debilidades.

Es importante aclarar que, respecto a la herramienta propuesta por F.G. Reamer sobre auditoría ética en Trabajo Social y la MERE, la primera es únicamente de diagnóstico y esta segunda es, además de prevención de riesgo ético, aplicable, a su vez, a cualquier profesión, centro, institución, etc.

Respecto a la metodología, es muy similar al del AMFE pero destacan una serie de particularidades con respecto a este. Para aplicar la MERE es necesario seguir la siguiente serie de pasos o etapas:

- Definir el área objeto de análisis basándonos siempre en las 17 áreas de Riesgo propuestas por F.G.Reamer, tal y como se ha realizado en este estudio.
- Elegir el equipo de trabajo el cual debe estar integrado por los profesionales que conozcan el proceso objeto de análisis. Además, en esta investigación, se han incluido tanto a usuarios como a familiares.
- Describir el proceso. El proceso en nuestro estudio, ha consistido primero en hacer una comparativa entre los ítems que propone F. G. Reamer por cada una de las áreas de riesgo y los ítems que verdaderamente el centro cumplía para poder detectar aquellos que no se cumplían o no se tenían resueltos (en la MERE, las áreas de riesgo están ubicadas en la columna de *Modo de Fallo*, mientras que los ítems correspondientes a cada una de estas áreas están ubicados en la columna de *causas*). Se trata de diagnosticar, es decir, de precisar los riesgos que sufre el centro, la institución, etc. objeto de estudio a día de hoy, en el presente.
- Determinar los posibles métodos de detección y efectos de los fallos de cada área. Estos conceptos son de carácter futuro ya que se previeron algunas de las consecuencias que podrían ocurrir y cómo se podrían detectar.
- Realizar el análisis/cálculo del riesgo de cada área o modo de fallo. Para ello, en base a los efectos de cada área, al conjunto de ítems o causas sin resolver de cada área y los métodos de detección de cada área, se analizó: la gravedad (G, que determina la importancia o severidad del efecto del modo de fallo potencial para el usuario; como particularidad, nos basamos para esta puntuación, en las instrucciones de F. G. Reamer), la frecuencia (F, que es la probabilidad de que el conjunto de causas potenciales de fallo se produzcan y den lugar al modo de fallo), y la posibilidad de detección (detectabilidad, D, que indica la probabilidad de que dicho conjunto de causas sin resolver sean detectadas con antelación suficiente para evitar daños), según criterios predefinidos. De esta forma se puntuó cada área, obteniendo el llamado número de priorización de riesgos (NPR), que es el producto de $G \times F \times D$, obteniendo cifras entre 1 y 400 que sirven para priorizar el orden de actuación en la implantación de medidas de mejora. Criterios para la puntuación:

GRAVEDAD (Según las instrucciones de F. G. Reamer)	FRECUENCIA	DETECTABILIDAD
Alto riesgo 4 puntos	Frecuente 9-10	Baja 9-10
Riesgo moderado 3 puntos	Ocasional 7-8	Ocasional 7-8
Mínimo riesgo 2 puntos	Infrecuente 5-6	Moderada 5-6
Sin riesgo 1 punto	Remoto 1-4	Alta 1-4

Tabla 21. Criterios para la puntuación de la MERE.

Fuente: elaboración propia.

Gravedad (basada siempre según las instrucciones de F. G. Reamer):

- Sin riesgo: las prácticas actuales son aceptables y no requieren modificación.
- Mínimo riesgo: las prácticas actuales son razonablemente adecuadas; pequeñas modificaciones, sería útil.
- Riesgo moderado: las prácticas actuales son problemáticas; las modificaciones son necesarias para minimizar el riesgo.
- Alto riesgo: las prácticas actuales presentan graves deficiencias; significativas modificaciones son necesarias para minimizar el riesgo.

Frecuencia:

- Remoto: aparición improbable (puede ocurrir una vez en un período superior a 5 años).
- Infrecuente: aparición posible (puede ocurrir en alguna ocasión en 2-5 años).
- Ocasional: es probable que ocurra (varias veces en 1-2 años).
- Frecuente: probable aparición de forma inmediata o en un período corto (puede ocurrir varias veces en un año).

Detectabilidad:

- Alta: el fallo es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes antes de que llegue al paciente.
- Moderada: el fallo, aunque es obvio y fácilmente detectable, podría en alguna ocasión escapar a los controles, aunque sería detectado casi siempre antes de que llegara al usuario.
- Ocasional: el fallo es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con los procedimientos establecidos hasta el momento.
- Baja: el fallo no puede detectarse. Casi seguro que llegará el efecto al usuario.

- Llevar a cabo acciones y mediciones de resultado para cada fallo: a partir de la ordenación de los NPR. Por ello que en esta última etapa, el grupo propuso las medidas de mejora que tenían que ser controladas y evaluadas como fase final del método.

Respecto a la participación en la elaboración del MERE, dado que fue una continuación del AMFE fue del 100% también ya que colaboraron las mismas personas, es decir, todos los integrantes tanto del consejo de participación como del comité de ética.

Encuesta a familiares y usuarios.

Tal y como bien define el Centro de Investigaciones Sociológicas “la encuesta es una técnica de recogida de datos mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra de individuos. A través de las encuestas se pueden conocer las opiniones, las actitudes y los comportamientos de los ciudadanos. En una encuesta se realizan una serie de preguntas sobre uno o varios temas a una muestra de personas seleccionadas siguiendo una serie de reglas científicas que hacen que esa muestra sea, en su conjunto, representativa de la población general de la que procede”.

Pues bien, esta herramienta se decidió aplicar también desde la primera fase de la investigación para poder conocer las opiniones respecto a determinadas cuestiones de las áreas con mayor riesgo que eran difícilmente observables de otra manera, pudiendo examinar a la vez, mediante la aplicación del mismo cuestionario a lo largo del año y a las mismas personas y en el mismo entorno, si los resultados iban cambiando.

En concreto, se utilizó para conocer la percepción de determinadas cuestiones, tanto de usuarios como de familiares, con respecto a una de las áreas con mayor riesgo ético, el área de confidencialidad y privacidad. Para ello, se diseñaron dos encuestas muy similares pero distintas ya que una fue dirigida a usuarios y la otra a sus familiares.

La encuesta era de respuesta cerrada, es decir, que los encuestados debían elegir entre tres opciones (sí, no, a veces), de esta manera, una cantidad considerable de individuos podían responder a un elevado número de preguntas constituyendo una forma de recopilar gran cantidad de información con eficacia y eficiencia.

Los ítems de las mismas, se extrajeron de los elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta reflejadas en las Guías de Buenas Prácticas Claves (ver en Anexo II).

Para la misma, se utilizó la técnica del muestreo, que consiste en limitar el estudio a un número reducido de personas, tomadas de la población o universo, cuyas actitudes, opiniones, comportamientos, queríamos conocer. La composición de la muestra ha sido diferente para cada una de las encuestas llevadas a cabo. Muestreo:

- Usuarios/informantes directos: en este caso todos los usuarios sin deterioro cognitivo que vivían en el centro residencial “Virgen del Valle” ya que eran los protagonistas en primera persona del fenómeno que queríamos estudiar, en total 30 usuarios. La media del porcentaje de participación a lo largo de todo el proceso, fue del 100%. El margen de error tolerado fue de un 0% ya que fue un muestreo no probabilístico y dirigido, siendo la muestra el 100% de los usuarios del centro residencial “Virgen del Valle” que no padecían en ese momento deterioro cognitivo; las encuestas se les pasaron de forma privada y personal en el mismo centro lo que garantizó la participación del 100%. Con respecto a los usuarios: por el mismo motivo que el expuesto en el anterior requisito, el nivel de confianza fue del 100%.
- Familias/informantes indirectos: fueron todos los familiares de los usuarios sin deterioro cognitivo ya que presentaban una relación muy estrecha con las personas mayores, en total 30 familias. Sin embargo, respecto a la media del porcentaje de participación de estos informantes a lo largo de todo el proceso, fue del 44,25%. El

margen de error se fijó según la recomendación de la empresa “Qalia Management Consulting” entre un 10% y un 20% ya que era probable que no participasen el 100% de los familiares seleccionados, de hecho, en las primeras encuestas fue tan baja la participación, que se tuvo que ir cambiando el método de entrega y recogida de datos mediante el envío de dicha encuesta por carta o hacerla directamente por teléfono. Con las familias: se asumió un 95% de confianza.

La muestra en ambos casos fue no probabilística, ya que los participantes fueron elegidos de una forma intencional. El muestreo se orientó a la selección de aquellas personas que garantizaran la calidad y fiabilidad de la información que, en este caso, fueron los usuarios que no padecieran deterioro cognitivo y sus correspondientes familias.

CMI. Cuadro de Mando Integral.

Según la “Fundació per a la motivació dels recursos humans” (2005: 1) “un cuadro de mando integral (CMI) es una herramienta de gestión que ayuda a la toma de decisiones directivas al proporcionar información periódica sobre el nivel de cumplimiento de los objetivos o criterios previamente establecidos mediante indicadores. El CMI permite la translación de la estrategia de la organización en objetivos concretos y la evaluación de la interrelación entre los diferentes indicadores.

Los indicadores recogen aspectos tanto financieros como no financieros, en esta investigación, tal y como se muestra, se recogieron datos no financieros. El CMI favorece la transparencia en la gestión y el establecimiento de un equilibrio entre las acciones inmediatas y las líneas estratégicas.

Como herramienta de gestión, el CMI es un concepto dinámico que da un apoyo continuo a la toma de decisiones, contribuye a comunicar la estrategia e implica a las personas y/o profesionales en su elaboración y seguimiento.”

Existen diferentes tipos de CMI (operativos, estratégicos, organizativos, etc.), para la investigación que nos ocupa lugar, se seleccionó un CMI operativo ya que podía resultar útil para la gestión del cambio durante el año que duró en sí la recogida de datos.

La herramienta básica del CMI son los indicadores, que son los índices que describen el comportamiento de diversas variables. En esta investigación, los indicadores fueron de naturaleza numérica, ya que así nos permitían el establecimiento de niveles de tolerancia o de desviaciones aceptables dentro del CMI. (Fundació per a la motivació dels recursos humans, 2005). Además, los indicadores que se seleccionaron fueron en base a que resultaban ser los más relevantes, objetivos y accesibles.

Esta herramienta, se utilizó en la segunda fase del estudio y tal y como se ha comentado, se formó con los resultados de los ítems clave a observar en los distintos periodos de tiempo estipulados de cada uno de los tres procedimientos para determinar y evaluar si se estaba mejorando o no; el seguimiento era trimestral en la primera mitad del año y en la segunda semestral. Indicar que dentro de este CMI, en el procedimiento de confidencialidad y privacidad, se recogieron, al igual, los resultados de los ítems que

se consideraban claves pero, algunos de ellos, provenían de los datos de las encuestas realizadas a los usuarios del centro residencial.

Respecto a la unidad muestral que lo integraba principalmente fueron los informantes clave, es decir, los profesionales que formaban el equipo técnico del centro (un médico, tres enfermeros, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, un trabajador social y un psicólogo y supervisor), los cuales eran los encargados de desarrollar y cumplir correctamente con los procedimientos. Dichos profesionales tenían criterio técnico sobre el tema estudiado para transmitir sus observaciones al respecto. Haciendo referencia a la media del porcentaje de participación, fue constante y se puede afirmar que fue del 100% ya que durante este periodo de tiempo la plantilla de personal se mantuvo sin cambios ni rotaciones. Por otro lado, recordar que algunos de los datos plasmados en este CMI, y en concreto del procedimiento de confidencialidad y privacidad, no se obtuvieron mediante la observación sino que, tal y como se ha explicado, fue a través de la utilización de las encuestas, por ello, que esta herramienta de evaluación también integraba datos obtenidos a través de los informantes directos e indirectos.

4.3.2.2 Secuencia temporal de la aplicación de las herramientas

La aplicación de las diversas herramientas empíricas mencionadas se ha realizado con una temporalización acorde a los objetivos de la investigación:

- AMFE, posterior MERE: se realizó en el mes de octubre de 2013 con el consejo de participación de la residencia “Virgen del Valle” formado por un número limitado de usuarios del centro y familiares que participaron en él de forma voluntaria y el comité de ética del centro.
- Encuestas a usuarios y familiares: estas se fueron realizando a lo largo de un año completo, desde diciembre de 2013 hasta diciembre de 2014. Durante el primer medio año se realizaron trimestralmente y, posteriormente semestralmente.
- CMI: esta herramienta se termina de completar en diciembre de 2014 con los resultados de los ítems clave a observar, en los distintos periodos de tiempo estipulados desde diciembre de 2013, de cada uno de los tres procedimientos. El seguimiento es trimestral durante la primera mitad del año y semestral posteriormente.

Como se puede observar, se trató de combinar varias herramientas cuantitativas como el AMFE, MERE, el cuestionario y el CMI buscando conocer los hechos reales tal y como se daban objetivamente.

4.3.2.3 Análisis de datos e interpretación de los resultados: Triangulación de los resultados

El análisis de los datos no se produce nunca a partir del vacío. Es necesario contar con un marco teórico donde situar las hipótesis provisionales de solución del problema detectado o, como mínimo, algunas presuposiciones sobre cómo tratarlo. Como señalan los autores Reigeluth y Frick, (1999: 638) “La teoría juega un papel esencial en el desarrollo de las investigaciones de estudio de caso para contrastar una teoría o para desarrollar una nueva ya sea en un dominio con una sólida base teórica o en relación a un tema con pocos conocimientos establecidos” como es el que nos ocupa.

Por un lado, dado que en este estudio no bastaba con describir lo que ocurría sino que, había que analizar las cosas que ocurrían por las mejoras de otras, lo cual se consideraba más interesante realizándose continuamente una triangulación de datos. La triangulación de datos supone el empleo de distintas estrategias de recogida de datos, tal y como se ha justificado al comienzo de este capítulo. El objetivo de la triangulación de datos es verificar las tendencias detectadas y obtenidas a través de un determinado grupo de observaciones y resultados. La confrontación de los datos obtenidos puede estar basada en criterios espacio-temporales y niveles de análisis, los cuales se han tenido en cuenta en la realización de este trabajo de investigación.

La utilización de la ‘triangulación de datos’ no solamente garantiza la validez de un estudio mostrando que sus conclusiones no dependen del modo utilizado para recolectar y analizar los datos, sino también permite enriquecer las conclusiones, otorgar mayor confiabilidad, mayor nivel de precisión y contrastar la consistencia interna del estudio.

Por ello que en el CMI, formado por los indicadores clave de cada proceso y donde se reflejaban los datos cuantitativos con una periodicidad trimestral al inicio y semestral posteriormente, cabe señalar que los resultados de cada indicador eran fruto bien de las encuestas o bien de la observación y recuento directo del cumplimiento de los criterios de evaluación de cada uno de los procedimientos, y para los cuales se podían establecer las siguientes comparativas:

- Haciendo referencia a los resultados de las encuestas, dado que unas iban dirigidas a usuarios y otras a familiares existiendo ítems similares entre ellas, se podía observar y comparar la similitud o diferencia entre los mismos e incluso, también podían servir para tener más información sobre un mismo concepto haciendo más fiable el dato.
- Respecto a los resultados de las encuestas de los clientes y la observación directa de los profesionales que trabajaban en el centro, en algunas cuestiones observables, se podía corroborar o no los resultados y percepciones de una manera viceversa y, al igual, también servía en ocasiones para aportar más información si se precisaba.
- Y respecto a los mismos datos que periódicamente se reflejaban en el CMI, cabe indicar que también se podía establecer una comparativa entre ellos para poder observar su evolución verificando a la vez si la planificación de las acciones previamente establecidas y planificadas habían sido eficaces.

Para este análisis de datos descriptivo, se utilizó la aplicación de Microsoft Excel que permite realizar su seguimiento y una fácil visualización del grado de cumplimiento de los objetivos de los indicadores, proporcionando una mirada global del desempeño de los procedimientos desarrollados en las áreas con mayor riesgo.

CAPÍTULO V: AUDITORÍA ÉTICA EN EL CENTRO

5.1 Descripción del centro residencial de personas mayores objeto de estudio

Debido al incremento poblacional, cada vez son más los centros residenciales dirigidos al cuidado y la atención de las personas mayores y es que, según la base de datos de Portal Mayores (2005) y Envejecimiento en Red (2015), en España hemos pasado de 4.597 centros residenciales con 271.801 plazas en total en el año 2005, a 5.340 centros con 359.035 plazas en el año 2015, es decir, en diez años se han autorizado el funcionamiento de 743 residencias más lo que equivale a su vez, a 87.234 plazas más.

No obstante, para situarnos mejor y saber en qué tipo de centro queremos desarrollar nuestra investigación, a continuación, aportamos unos gráficos tanto a nivel nacional como provincial, que resumen la evolución de los centros según el tamaño y el tipo de plaza:

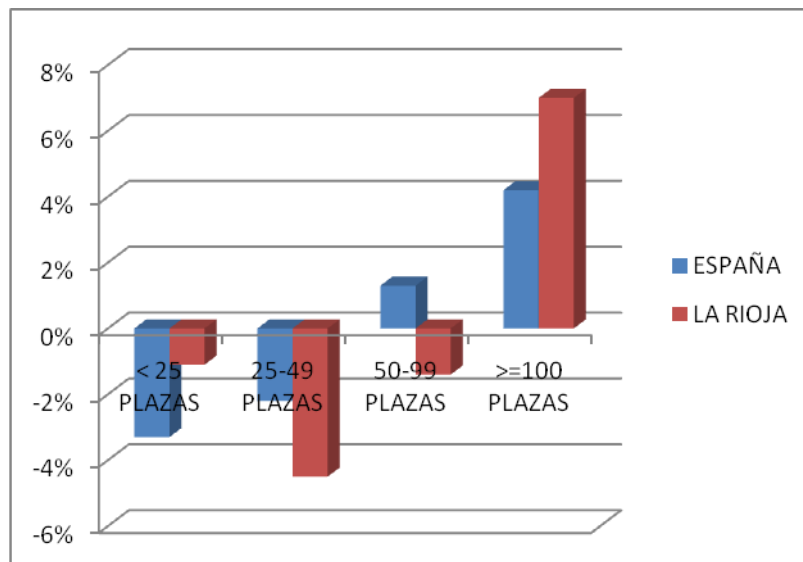


Gráfico 1. Comparativa de porcentajes de crecimiento de plazas residenciales según tamaño del centro entre los años 2005 y 2015 en La Rioja y España.

Fuente: Adaptación a partir de la base de datos de Residencia Portal Mayores, 2005 e Informes Envejecimiento en Red, 2015.

Lo más llamativo de este gráfico 1 donde se analizan los porcentajes de crecimiento de plazas residenciales según tamaño del centro entre los años 2005 y 2015 tanto en La Rioja como en España, es que existe un claro retroceso en la puesta en funcionamiento de centros pequeños y/o medianos de hasta 49 plazas coincidiendo tanto a nivel nacional como autonómico, y que, por el contrario, los centros de aproximadamente 100 o más plazas han crecido en los últimos diez años hasta un 4% en España y un 7% en La Rioja.

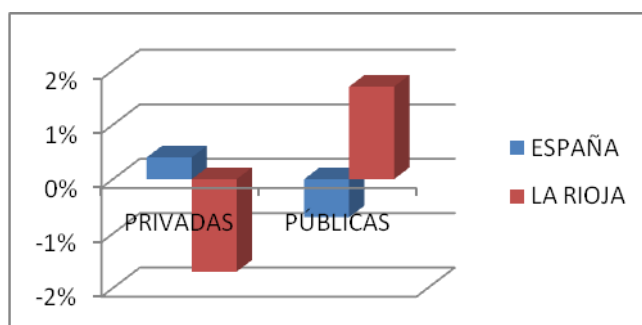


Gráfico 2. Comparativa de porcentajes de crecimiento de plazas residenciales según tipo entre los años 2006 y 2015 en La Rioja y España.

Fuente: Adaptación a partir de la base de datos de Residencia Portal Mayores, 2006 e Informes Envejecimiento en Red, 2015.

Con respecto a este gráfico 2 donde se analiza el porcentaje de crecimiento de plazas residenciales según tipo entre los años 2006 que fue el año que se comenzó a recoger este tipo de datos y 2015 tanto en La Rioja como en España, resulta relevante destacar que, mientras que en España las plazas públicas presentan un leve retroceso y las privadas un ligero aumento, en La Rioja, ocurre lo contrario ya que las plazas públicas en estos últimos 9 años se han incrementado en un 1.7% y las privadas han descendido exactamente un 1.7%.

Pues bien, con el resumen mostrado en estas dos gráficas, podríamos considerar que el centro ideal para realizar nuestro estudio, con respecto al tamaño, sería un centro grande de aproximadamente 100 plazas ya que es obvio el crecimiento y la apuesta de las empresas por los mismos en los últimos años, y con respecto a los tipos de plazas, sería excelente que contase tanto con privadas como con públicas ya que a nivel nacional las plazas privadas parece que están experimentando un leve crecimiento pero que, a nivel provincial, por el contrario se aprecia un notable y claro crecimiento de las plazas públicas.

Pero ¿cuál es la elección de los clientes (usuarios y/o familiares)? Según se puede observar en la tabla que se adjunta, los porcentajes que se muestran respecto a las listas de espera para plazas públicas en residencias de La Rioja alta y zona centro, indican que, tanto los propios usuarios que todavía tienen capacidad para elegir como otras personas que buscan un alojamiento para que cuiden de sus mayores, continúan prefiriendo centros más pequeños de 100 plazas pese a ser, muchos de ellos, los que más alejados se encuentran de la capital riojana.

RESIDENCIA	PLAZAS PRIVADAS	PLAZAS PÚBLICAS	TOTAL PLAZAS	% DE LISTA DE ESPERA PARA PLAZA PÚBLICA CON RESPECTO AL TOTAL DE PLAZAS PÚBLICAS EN EL CENTRO
HARO	31	109	140	36,6%
NÁJERA	0	100	100	23,0%
SANTO DOMINGO	31	35	66	54,2%
SAN VICENTE	18	20	38	20,0%

				35,2% (Y aumentando su lista ya que es de los últimos centros en adquirir este tipo de plazas y, en pocos meses, ya cuenta con lista de espera)
CENICERO	40	34	74	
ALBELDA (LA RIOJA)	4	216	220	17,1%
ALBELDA (MONTESCLAROS)	60	70	130	55,7% (la más cercana a la capital)
VENTAS BLANCAS	41	39	80	133,0%

Tabla 22. Lista de espera para plazas públicas en residencias de La Rioja alta y zona centro.

Fuente: Adaptación a partir del artículo “Un hogar de cuidado...s” en Diario La Rioja. González, R. (julio 2016).

Pues bien, es por ello que para nuestro estudio vamos a elegir un centro de capacidad intermedia, entre 50 plazas que sería tal vez lo ideal y lo más demandado por los clientes y 100 plazas que sería por lo que probablemente apostaría más fácilmente una empresa. De modo, que nuestro centro de estudio seleccionado es la Residencia “Virgen del Valle” ubicada en Cenicero (La Rioja) la cual cuenta con una capacidad de 74 plazas y es de tipo mixta, es decir, que presenta tanto plazas privadas como públicas.

Otros motivos que refuerzan la elección de este centro socio-sanitario:

- Según el artículo 9 del Decreto 27/1998, de 6 de marzo, por el que se regulan las categorías y requisitos específicos, de los Centros Residenciales de Personas Mayores en La Rioja, es un centro de categoría 2 y nivel 1 ya que cuenta con una capacidad total de 74 plazas residenciales para el cual, pese a su mediana capacidad, se exige por Decreto un amplio equipo interdisciplinar mediante el cual, se podrá organizar un comité de ética.
- En este centro, además, el perfil de los usuarios es muy variado, desde grandes dependientes hasta personas completamente autónomas las cuales, tal vez, puedan participar también en el estudio/auditoría formando una comisión de usuarios o también denominado “consejo de participación”.
- Por último, se dispone de la ventaja que la gerencia de Gerontovalle S.L.U (empresa que gestiona la residencia) apoya los proyectos pioneros permitiendo, sin ningún problema, realizar este estudio.

Para describir mejor el centro, a continuación se va a exponer el Manual que se ha realizado de la Residencia “Virgen del Valle”:

5.1.1 Introducción. La Residencia

La Residencia de Personas Mayores “Virgen del Valle” se funda con la creación de una Fundación Benéfico Social tras el fallecimiento de su benefactora, Dña. Gregoria Artacho, el 13 de junio de 1932, y la constitución de un patronato regido por el alcalde de la ciudad, el párroco, el juez y dos maestros.

La gestión de la institución ha cambiado cinco veces en sus setenta y nueve años de historia. Fue atendido primero por las Hermanitas de los Ancianos Desamparados y luego por las Hijas de la Caridad, que también tuvieron una escuela para niñas en el recinto. A partir de 1968 se hacen cargo las Hermanas Franciscanas de Jesús. A partir de 1997, regenta el asilo la ONG 'Mensajeros de la Paz'. Posteriormente, el Grupo

Gerontológico Asturiano lleva la gestión del asilo y en la actualidad es la empresa Gerontovalle quien lleva las riendas del servicio desde enero de 2010.

Con la intervención de Gerontovalle, se renueva toda la instalación en dos fases: en enero de 2011 se inaugura el *edificio del antiguo asilo rehabilitado* con una ampliación de 30 a 40 plazas, trasladando a todos los usuarios al mismo e iniciando las obras de la fase siguiente: *rehabilitación de la residencia*. En enero de 2012 se inaugura la segunda fase con lo que la residencia cuenta con un total de 74 plazas.

El principal objetivo de la residencia es atender a las personas dependientes dentro de un marco asistencial de calidad enfocado a la atención integral del usuario. Para la consecución de este objetivo que acompaña desde los inicios se han planteado todos los medios necesarios, tanto materiales como de personal.

5.1.1.1 Instalaciones

La residencia de personas mayores está situada en el centro de Cenicero (La Rioja), en la calle Gregoria Artacho nº 3, a 20 minutos de Logroño.

Parte de la planta baja está destinada a la atención a los servicios generales: despachos de dirección y equipo técnico, recepción, vestuarios, servicios públicos, lavandería, cocina y comedores, sala de rehabilitación y terapia ocupacional y peluquería; en la 1ª planta se encuentra el despacho del médico y enfermeros el cual tiene al lado 2 habitación de convalecencia, la capilla y la sala multisensorial. Además, tanto en la planta baja como en la 1ª y 2ª planta se destinan a los espacios privados (habitaciones) y salas de estar.

En la planta baja hay 7 habitaciones (6 dobles y 1 individual), en la 1ª planta hay 23 habitaciones (19 dobles, 2 individuales y las 2 solo de uso para convalecencia) y en la 2ª planta hay 11 habitaciones (10 dobles y 1 individual). Todas disponen de un equipamiento completo: camas articuladas con colchones anti-escaras, baños adaptados, teléfono, televisión y sistema de comunicación paciente-enfermera. Además son espaciosas y luminosas.

En cada planta hay un espacio común destinado a zona de estar-salón.

5.1.1.2 Recursos técnicos – Equipamiento

Toda la instalación está totalmente adaptada para el uso de sillas de ruedas, destacando la ausencia de escalones, pendientes de las rampas, puertas con anchura suficiente, pasillos que permiten el giro de las sillas y suelos antideslizantes. Cumpliendo las condiciones de accesibilidad según las normas sobre supresión de barreras arquitectónicas y promoción de la accesibilidad.

Dadas las características de la población usuaria, se han colocado pasamanos a lo largo de los pasillos y zonas de paso tanto interior como exterior, de forma que todo el centro se puede recorrer a través del mismo.

El mobiliario de la residencia ha sido confeccionado a medida, uniendo confort técnico y estético. Preservando las características técnicas necesarias para este tipo de

centros y, a su vez, buscando una estética que nos diferencie, con colores suaves, formas hogareñas y espacios acristalados que conecten a los usuarios con el exterior tal y como, previamente a la ampliación, nos habían solicitado. Es decir, se intenta tener en cuenta la opinión de los usuarios para que estos se sientan como en el salón de su casa.

5.1.1.3. Recursos humanos y servicios

La plantilla de personal técnico de la residencia está formada por un conjunto de profesionales con cualificación específica para atender cada servicio, además, se cuenta con un plan de formación anual con cursos dirigidos a todos ellos para continuar reciclando al personal e informándoles de posibles novedades. La presente descripción hace referencia a las necesidades técnicas de la residencia a plena ocupación.

Plantilla:

- Director: una persona a jornada completa, que planifica y organiza el funcionamiento del centro en coordinación con la gerencia de la empresa. Además, participa en la comisión técnica para la elaboración del PAI (Programa de Atención Individual) de cada usuario del centro. Tiene formación en ética aplicada a la intervención y forma parte del comité de ética.
- Personal técnico cualificado con titulación media o superior el cual, como punto relevante, destacar que es personal con una estabilidad laboral considerable ya que todos los contratos son fijos/indefinidos para que, de este modo, se aumente la calidad en la relación humana. También poseen formación en ética aplicada a la intervención y todos ellos forman parte también del comité de ética. Son:
 - Médico: 26 horas semanales y 24 horas de disponibilidad. Responsable de realizar el reconocimiento médico a los nuevos usuarios, cumplimentar la correspondiente historia clínica y certificados profesionales; además, atiende las necesidades asistenciales de los usuarios realizando exámenes médicos, diagnósticos y prescribe los tratamientos más acordes. Participa en la comisión técnica para la elaboración del PAI de cada usuario.
 - Enfermeros: tres trabajadores a jornada completa. Responsables de los servicios sanitarios, desarrollando funciones: preventiva, asistencial y recuperadora. Se encargan de vigilar y atender a los usuarios, sus necesidades generales humanas y sanitarias, especialmente en el momento en que éstos necesiten sus servicios; preparan y administran los medicamentos según prescripciones facultativas. Participan en la comisión técnica para la elaboración del PAI de cada usuario.
 - Fisioterapeuta: 13 horas semanales. Ejecuta las técnicas rehabilitadoras adecuadas a los objetivos del tratamiento. Participa en la comisión técnica para la elaboración del PAI de cada usuario.
 - Terapeuta Ocupacional: 40 horas semanales. Realiza actividades auxiliares de psicomotricidad, lenguaje, dinámicas y rehabilitación personal y social a los usuarios; participa en las áreas de ocio y tiempo libre de los usuarios del centro y colabora en el seguimiento o la evaluación del proceso recuperador o asistencial de estos. Participa en la comisión técnica para la elaboración del PAI de cada usuario.
 - Psicólogo: 13 horas semanales. Su función está orientada a la construcción de habilidades, competencias y recursos que permitan a la persona mayor enfrentar sus problemas con mayores probabilidades de éxito;

además de realizar una evaluación integral del usuario, elaboración de informes psicológicos, realización de terapias grupales e individuales y asesoramiento y apoyo tanto al personal de atención directa como a los familiares de los usuarios. Participa en la comisión técnica para la elaboración del PAI de cada usuario.

- Trabajador Social: 25 horas semanales. La principal función es ejecutar las actividades administrativas y realizar los informes sociales de los usuarios y los que le sean pedidos por la dirección del centro; además, facilita información sobre los recursos propios, ajenos y efectúa la valoración de su situación personal, familiar y social; también fomenta la integración y participación de los usuarios en la vida del centro y de su entorno. Participa en la comisión técnica para la elaboración del PAI de cada usuario.
- Otro personal especializado de atención directa e indirecta al usuario:
 - Supervisor: una persona a jornada completa con contrato fijo/indefinido. Supervisa la actividad de los trabajadores a su cargo (Gerocultores), distribuye las actividades y turnos de las personas que tiene asignadas y vigila también el buen uso y economía de los materiales, utillaje y herramientas y maquinaria a su cargo, realizando, también, inventarios. Además, se encarga de organizar, distribuir y coordinar los servicios de comedor y office. Esta profesional, participa también en la comisión técnica para la elaboración del PAI de cada usuario y el comité de ética.
 - Técnicos Especialistas en Cuidados Auxiliares de Enfermería o Gerocultores (el 90% de la plantilla es fija también). Tienen como función principal la de asistir y cuidar a los usuarios en las actividades de la vida diaria que no puedan realizar por sí mismos y efectuar aquellos trabajos encaminados a su atención personal y de su entorno. Son dos los ratios de atención en función del grado de dependencia: un auxiliar por cada 3 usuarios grandes dependientes y un auxiliar por cada 4 usuarios con dependencia moderada y severa.
 - Auxiliar administrativo – recepcionista: una persona a jornada completa con contrato fijo/indefinido que cubre ambos puestos. Realiza funciones de archivo y otras actividades de técnicas administrativas; además, orienta al público, atiende la centralita telefónica, vigila los puntos de acceso y tareas de portería.
 - Además, está aprobado por gerencia, la contratación de dos Técnicos de Animación Sociocultural (TASOC) para el año 2015.
- Otros servicios (con contratos todos ellos fijos):
 - Servicio de limpieza: dos trabajadores a jornada completa ambos. Realizan las tareas propias de limpieza de habitaciones y baños y zonas comunes procurando ocasionar las menores molestias a los usuarios.
 - Servicio de lavandería: dos trabajadores a jornada completa ambos. Realizan las funciones propias de lavandería, lencería, uso y atención de la maquinaria, tener cuidado de la ropa de los usuarios y del centro, y dar la mejor utilización a los materiales.
 - Servicio de cocina: dos trabajadores a jornada completa ambos. Se ocupan de la elaboración y condimentación de las comidas, con sujeción

al menú y regímenes alimentarios que propondrá para su aprobación a la dirección del centro y supervisión del departamento médico, además, realizan el montaje de los carros con los menús y vigilan el almacenamiento y control de los alimentos.

- Servicio de mantenimiento de instalaciones.
- Servicios auxiliares (externos):
 - Podología: a demanda.
 - Peluquería y Estética: a demanda.

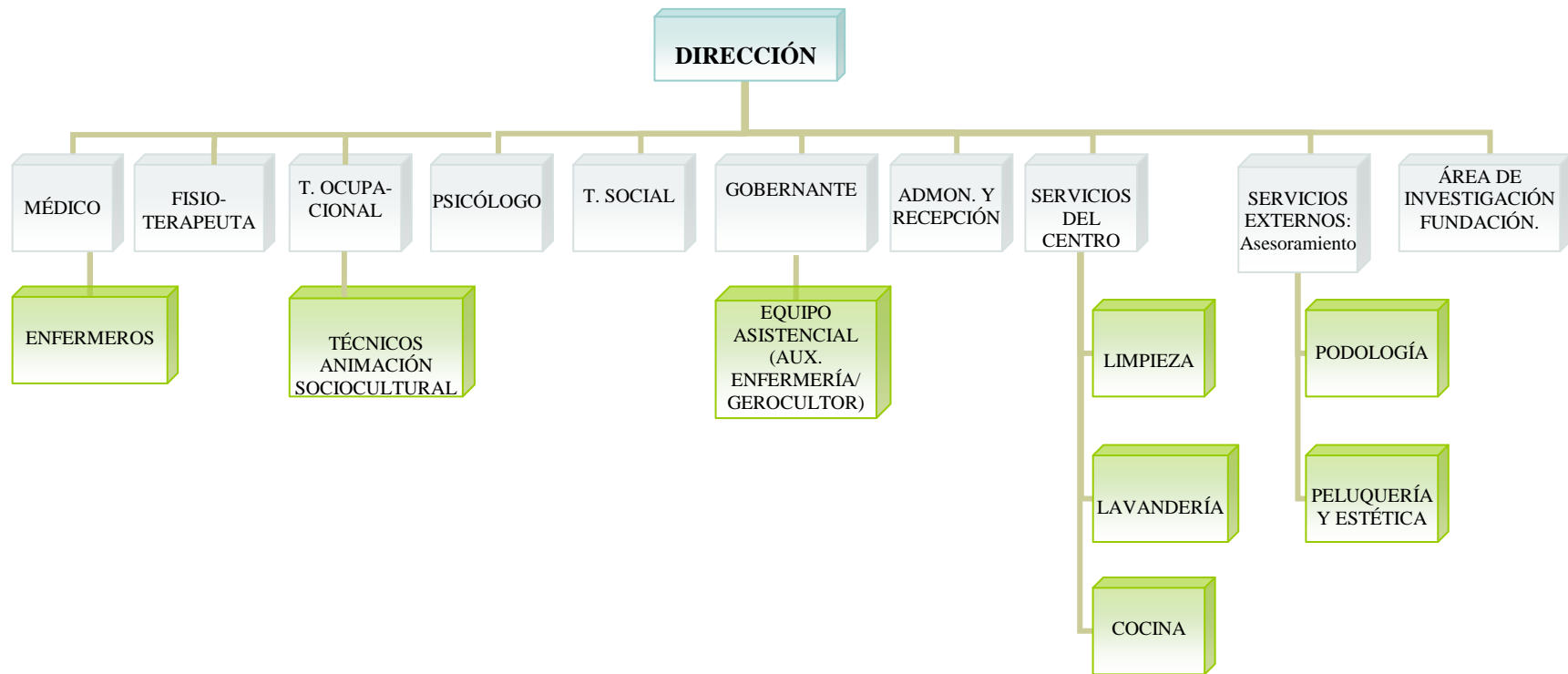


Figura 7. Organigrama funcional de la Residencia "Virgen del Valle".
Fuente: elaboración propia.

5.1.2. Misión, visión y valores

5.1.2.1. Misión

El principal objetivo es que los usuarios mejoren su calidad de vida e indirectamente la de sus familias, manteniendo y/o fomentando la autonomía personal y social.

Objetivos generales:

- Enlentecer el deterioro de la persona mayor respetando en todo momento sus derechos y su dignidad humana.
- Fomentar la satisfacción de los usuarios mejorando la calidad de los servicios ofrecidos.

Objetivos específicos dirigidos al usuario:

- Prevenir el incremento de la dependencia mediante intervenciones rehabilitadoras y terapéuticas.
- Alcanzar el mayor nivel de autonomía personal tanto para las actividades de la vida diaria como para la toma de sus propias decisiones.
- Ofrecer un tratamiento especializado y personalizado, así como cuidados asistenciales a todos los usuarios que lo necesiten de forma equitativa, ayudando a mantener la dignidad de la vida humana en esta etapa.
- Seguimiento médico y control farmacológico.
- Valoración y seguimiento del estado físico, cognitivo y funcional del usuario identificando y desarrollando sus fortalezas.
- Ofrecer distintos tipos de actividades de ocio y esparcimiento promoviendo el derecho a la participación.
- Mantenimiento de las habilidades sociales y de la vida diaria.
- Fomentar la interacción de personas con capacidades funcionales similares.
- Integración y mayor cohesión entre personas, evitando la soledad y el aislamiento.
- Llevar a cabo un trato individualizado para cada persona a través del contacto constante profesional – usuario para crear una atmósfera en la que se sienta tranquilo, relajado y con confianza apoyando la integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual. Tratando a cada persona como un “todo”.

Objetivos específicos dirigidos a las familias:

- Orientar a las familias ofreciendo pautas de intervención con el usuario, enseñándoles previamente a empatizar.
- Apoyo social, psicológico, etc., para fomentar su confianza.

5.1.2.2. Visión

Ser centro de referencia en la atención de personas mayores, colaborando en estudios de investigación en el ámbito de la dependencia, innovando en su atención integral y contribuyendo a desarrollar mecanismos de mejora continua.

5.1.2.3. Valores

Como se puede observar a continuación, en esta figura que contiene los valores del centro de estudio, se pueden ver las 3C' de la figura 4 correspondiente a "la construcción de relaciones humanas: las 3 C's" de Manuel Guillén Parra.

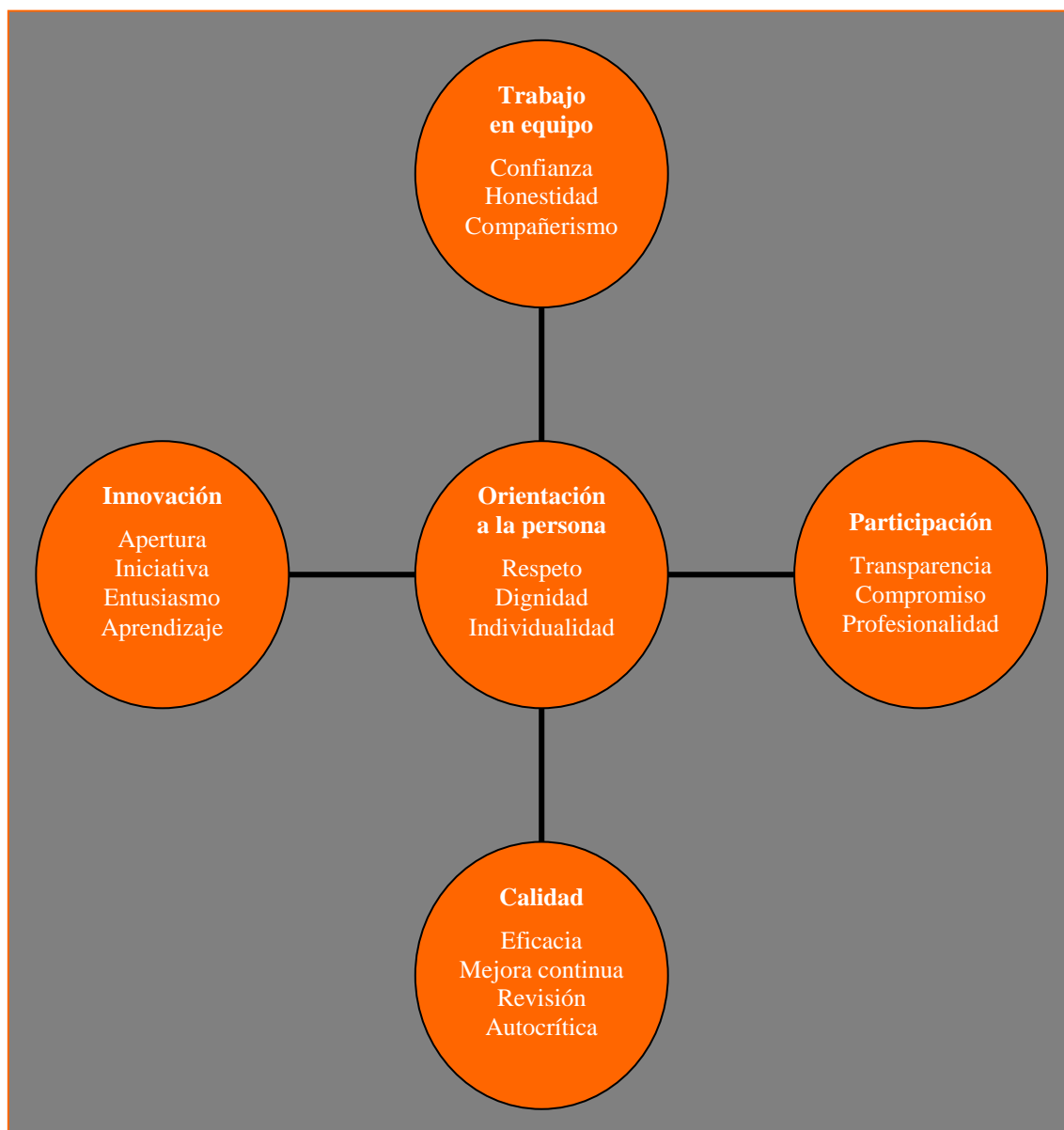


Figura 8. Valores de la Residencia "Virgen del Valle".
Fuente: elaboración propia.

5.1.3. Diagrama de flujo de actividades

Respecto a este diagrama de flujo de actividades desarrollado en la Residencia “Virgen del Valle”, cabe explicar, que ante cualquier conflicto ético que pudiera surgir, sería valorado y tratado por el Comité Ético de este centro.

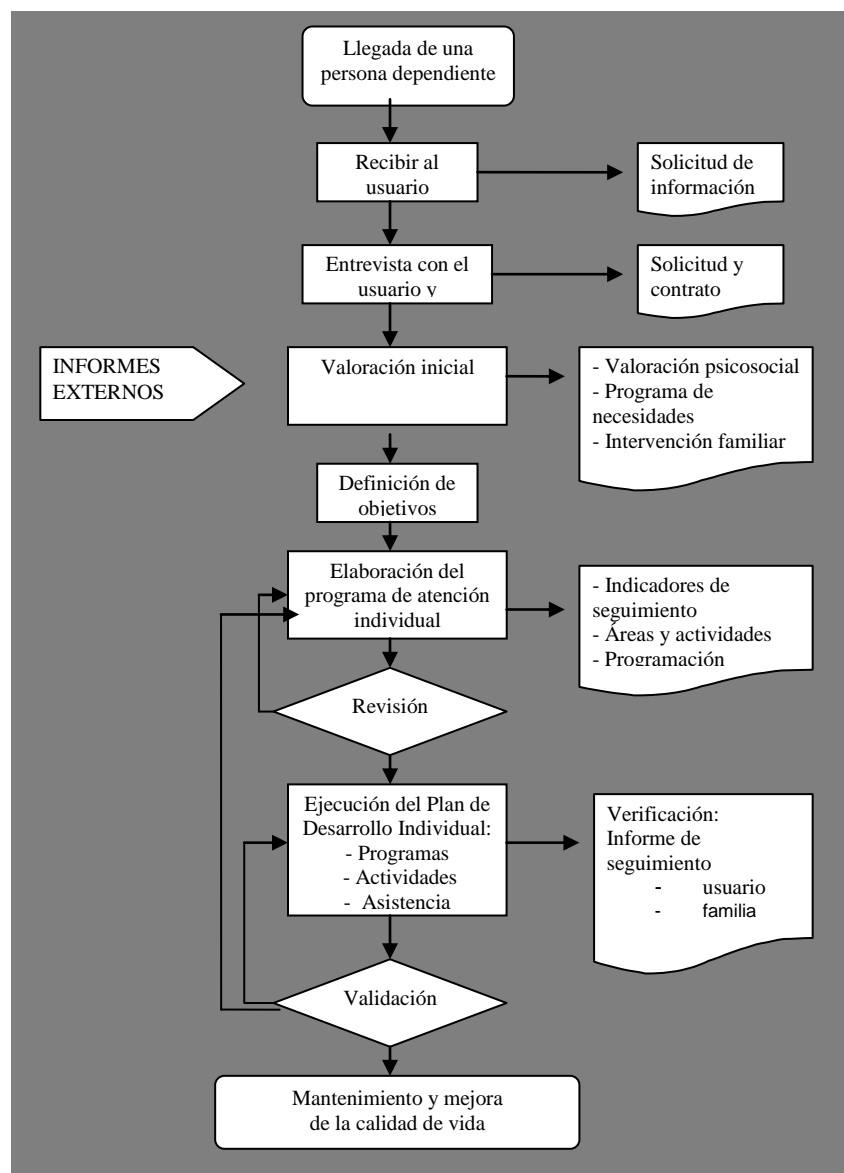


Figura 9. Diagrama de flujo de actividades de la Residencia “Virgen del Valle”.
Fuente: elaboración propia.

5.2 Desarrollo de la auditoría ética: resultados de gestión

Tal vez este sea el punto clave donde vamos a describir todo el proceso del estudio. Comenzaremos explicando desde cómo se empezó formando el consejo de participación y el comité de ética. Posteriormente, cómo y quiénes elaboraron el AMFE para saber cuáles eran las áreas calificadas de “alto riesgo” y “riesgo moderado” de las 17 áreas propuestas por F. G. Reamer en *The Social Work Ethics Audit*. Finalmente, una vez conocidas dichas áreas, desarrollaremos el plan de acción de cada una de ellas, y las correspondientes trazabilidades.

5.2.1 Creación del consejo de participación

En la primera reunión convocada el viernes, 18 de enero de 2013, se ha procedido a la creación del nuevo consejo de participación el cual, según el artículo 60 del Reglamentario de Régimen Interno (RRI) del centro: “Los usuarios o sus representantes legales tienen derecho a formar parte del consejo de participación. Este órgano estable de participación de los usuarios en la estructura organizativa del centro estará constituido por los usuarios o sus representantes, personal y dirección.”

Sus funciones son:

- Velar por el cumplimiento del Reglamento de Régimen Interior.
- Facilitar la buena marcha del centro para conseguir el bienestar de todos los usuarios.
- Motivar a la participación y colaboración en las actividades sociales del centro.
- Solicitar ayuda y asesoramiento a los técnicos del centro.
- Favorecer la convivencia, la solidaridad y la integración social.
- Canalizar de forma adecuada las posibles demandas.

Las reuniones se programarán bimensualmente y deberán asistir todos los miembros, los técnicos del centro que se estime oportuno y la dirección.

Estructura de las reuniones:

- Orden del día.
- Ruegos y preguntas.
- Y, posteriormente, se remitirá una circular a todos los familiares informándoles de los temas tratados.

El Consejo queda formado por:

- Un usuario válido.
- Un usuario dependiente con deterioro físico.
- Un familiar de usuario dependiente.
- Tres familiares de usuarios grandes dependientes.

5.2.2 Creación del comité de ética

¿Cómo se forma el comité de ética en este centro residencial? Todo comienza en el mes de diciembre de 2012, donde al equipo técnico se les empieza a sensibilizar y se les explica la necesidad y las razones de crear un comité de ética. En principio, todos lo ven como algo positivo e interesante y muestran una actitud colaboradora. Es por ello, que el 22 de diciembre, se contacta con una persona ajena a nuestro centro la cual es Trabajadora Social y Directora de otro centro residencial gestionado por el grupo Cáser y que, además, está formada en Comités de Ética; esta persona también parece estar interesada en participar como miembro externo en nuestro comité de ética de la residencia “Virgen del Valle” del grupo Gerontovalle.

Dado que todavía nos falta un licenciado en derecho para completar el comité de ética, desde enero hasta abril de 2013, se comparte diversa información sobre cuestiones éticas para, de este modo, estar más formados.

En el mes de mayo, se consigue que un licenciado en derecho colabore en nuestro comité de ética. Es por ello, que el 3 de mayo de 2013 queda formado (no acreditado) el comité de ética asistencial de la residencia “Virgen del Valle”.

Miembros que lo forman:

- Siete técnicos del centro: un trabajador social, un psicólogo, un terapeuta ocupacional, un médico, un enfermero, un fisioterapeuta y un supervisor.
- Una persona ajena al centro y formada en ética.
- Un licenciado en derecho.

Lugar y día de reunión:

- Lugar: sala de reuniones de la residencia “Virgen del Valle”.
- Día: todos los últimos viernes de cada mes a las 18:00horas, es decir, una vez por mes.

5.2.3 Elaboración Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Y posterior Medición de Riesgo Ético (MERE).

Una vez formado el consejo de participación y el comité de ética, el siguiente paso consistió en comenzar a realizar la auditoría ética, pero la primera cuestión que surgió fue la siguiente: ¿Cómo podíamos puntuar el riesgo de cada una de las 17 áreas que F.G. Reamer nos planteaba?

Pues bien, tras estudiar varias herramientas, se decide comenzar utilizando el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE) ya que en principio era muy adecuada para definir los grados de riesgo en las diversas áreas a estudiar pudiendo averiguar qué tipo de prácticas y políticas utilizaba el equipo técnico y el resto de trabajadores para proteger a los usuarios.

Pero para la investigación que nos ocupa, la estructura del AMFE se tuvo que adaptar y modificar cambiando determinados parámetros para poder medir exactamente y exclusivamente el riesgo ético introduciendo instrucciones de la herramienta de F.G. Reamer, por ello, se dio lugar a la creación de una nueva herramienta metodológica de diagnóstico y prevención de riesgo ético denominada MERE (herramienta de Medición de Riesgo Ético).

Pues bien, llegados a este punto, a continuación se va a proceder a explicar de una manera más detallada los pasos que se llevaron a cabo en el centro de estudio.

Desde principios de 2013, dado que en la residencia “Virgen del valle” ya existía tanto una comisión de usuarios y familiares denominada consejo de participación y un comité de ética ya consolidado por prácticamente todo el equipo técnico del centro, herramientas imprescindibles y totalmente complementarias para una correcta y eficaz auditoría ética, se procedió a mantener varias reuniones con todos ellos para valorar las

áreas con mayor riesgo tras estudiar las políticas y procedimientos existentes en cada una de ellas.

Es por ello, que el 18 de octubre de 2013, con los miembros del consejo y del comité de ética, tras revisar toda la información disponible, se terminó de aplicar y realizar la Medición de Riesgo Ético (MERE) donde se asignaron las correspondientes puntuaciones a cada una de las 17 áreas, se recuerda que previamente a la MERE la investigación comenzó con el AMFE. La metodología utilizada en la MERE fue exactamente la que se ha detallado en el capítulo anterior paso a paso. (Ver Anexo VI: MERE completo).

Fue una actividad grupal donde tanto la Responsable del Equipo Sanitario (enfermera experta en calidad y AMFE) como también, la Directora del centro (formada en Ética), eran las encargadas de explicar y resolver las dudas pertinentes en tales reuniones mantenidas.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- De alto riesgo, se identificaron estas dos áreas:
 - La confidencialidad y la privacidad con un NPR de 288 puntos.
 - Y el consentimiento informado con un NPR de 256 puntos.
- De riesgo moderado:
 - Derechos de los usuarios con un NPR de 216 puntos.
- Y de bajo riesgo, entre otras, se identificaron estas dos:
 - Toma de decisiones éticas (debido a la existencia ya de un comité de ética) con un NPR de 9 puntos.
 - Registros de los usuarios (el centro está certificado en ISO: 9001 desde el año 2012, garantizando el adecuado manejo de los registros de los usuarios gracias a las políticas y procedimientos existentes) con un NPR de 4 puntos.

5.2.3.1 Identificación de todos los temas calificados como de “alto riesgo” y “riesgo moderado”

5.2.3.1.1 Temas de “alto riesgo”

1. Del área de confidencialidad y privacidad, los ítems o cuestiones clave no resueltas, bien porque no se aplicaban correctamente o bien porque, pese a que se realizaban se consideró necesario la existencia de un procedimiento donde se recogiesen protocolos, registros y/o guías, fueron:

- Leyes, normas éticas y reglamentos relativos a la confidencialidad (leyes y reglamentos federales, estatales y locales relevantes; normas éticas en trabajo social).
- Medidas específicas que el trabajador social tomará para proteger la confidencialidad de los usuarios (almacenando registros en un lugar seguro, lo que limita el acceso a los registros por parte de colegas y grupos de fuera).
- Procedimientos que se utilizarán para obtener el consentimiento informado de los usuarios para la divulgación de información confidencial y cualquier excepción a éste.

- Procedimientos para compartir información con colegas para la consulta, supervisión y coordinación de los servicios, y por qué la información confidencial podría ser compartida.
- Solicitud de información privada de los usuarios.
- Divulgación de información confidencial para proteger a los usuarios de auto-perjuicios y para proteger de daño a terceros.
- Divulgación de información confidencial a los padres de usuarios menores y/o tutores legales (por ejemplo en los casos de personas mayores).
- Divulgación de información confidencial a los representantes de los medios de comunicación, los agentes encargados de la aplicación de la ley, organizaciones de servicios de protección, otras agencias de servicios sociales y los organismos de cobro.
- Protección de los registros escritos y electrónicos confidenciales, información transmitida a terceros por ordenador, fax, teléfono y contestador automático, y otras tecnologías electrónicas o informáticas.
- Transferencia y eliminación de los registros de los usuarios.
- Protección de la confidencialidad del usuario en caso de muerte, discapacidad o finalización laboral del trabajador social.
- Precauciones para evitar la discusión de información confidencial en sitios públicos o semipúblicos.
- Divulgación de información confidencial a terceras partes pagadoras.
- Divulgación de información confidencial a los asesores.
- Divulgación de información confidencial cuando se habla de los usuarios para con fines de enseñanza o formación.
- Protección de la confidencialidad del usuario durante procesos judiciales.
- Protección de la confidencialidad del usuario durante la investigación y la evaluación.

2. Del área del consentimiento informado, al igual que en la anterior área, los ítems o cuestiones clave no resueltas, bien porque no se aplicaban correctamente o bien porque, pese a que se realizaban se consideró necesario la existencia de un procedimiento donde se recogiesen protocolos, registros y/o guías, fueron:

- Ausencia de coerción o influencia indebida.
- Evaluación de la aptitud del usuario (por ejemplo, mental, de lenguaje).
- Validez de los formularios de consentimiento (con suficientes detalles respecto al propósito del consentimiento, posibles beneficios, riesgos, costos, alternativas, y el derecho de los usuarios a rechazar o retirar el consentimiento; el uso de una terminología clara; la firma; y la fecha de vencimiento).
- Explicación verbal adecuada del procedimiento de consentimiento.
- Renovación periódica del consentimiento de los usuarios.
- Excepciones al requisito del consentimiento informado.

5.2.3.1.2 Temas de “riesgo moderado”

1. Por último, del área de derechos del usuario, los ítems o cuestiones clave no resueltas, bien porque no se aplicaban correctamente o bien porque, pese a que se realizaban se consideró necesario la existencia de un procedimiento donde se recogiesen protocolos, registros y/o guías, fueron:

- Confidencialidad y privacidad.
- Consentimiento informado y divulgación de información.
- Acceso a los registros.
- Procedimientos de queja.

5.2.3.2 Plan de acción

Para el diseño de los planes de acción de las tres áreas detectadas con mayor riesgo, se procedió a la creación de tres procedimientos (uno por cada área con mayor riesgo detectado en la MERE), basándonos prácticamente en la misma estructura de otros procedimientos ya implantados y consolidados en el centro residencial “Virgen del Valle”.

Los procedimientos, fueron elaborados con la ayuda de Victoria Musitu, experta en la materia y responsable del área sanitaria y de calidad de diversas empresas sanitarias y sociosanitarias, entre ellas, Gerontovalle.

Como bien decíamos, toda estructura de un procedimiento debe contener, como mínimo, los siguientes puntos:

- Objetivo del procedimiento (o plan de acción).
- Campo de aplicación o, lo que se denomina también, alcance.
- Indicador clave de calidad de dicho procedimiento.
- Responsabilidades, consiste en señalar quiénes serán los encargados del control de la adecuada aplicación de este procedimiento.
- Desarrollo del mismo.
- Control documental.
- Criterios de evaluación de cumplimiento, siendo seleccionados y etiquetados algunos de estos datos como claves para ser plasmados, posteriormente, en el cuadro de mando integral. En este estudio, dicha evaluación, se realizó en los primeros meses de forma trimestral y ya, más tarde, semestralmente.
- Por último, se debe indicar una fecha de revisión y control del procedimiento ya que tiene que ser un documento “vivo”.

A continuación, pasamos a exponer los tres planes de acción/ procedimientos:

5.2.3.2.1 En el área de confidencialidad y privacidad: P-1 Procedimiento de confidencialidad y privacidad

1. Objetivo:

El objeto de este procedimiento es preservar la confidencialidad y la privacidad de los datos de los usuarios de la residencia comprometiéndose, el profesional, a no divulgar información sobre los usuarios y a actuar conforme a los principios reconocidos de la ética profesional: información y autonomía, bienestar y satisfacción, no perjudicar, igualdad de trato, fidelidad y confianza, confidencialidad y protección de datos; respetando los derechos de los usuarios: privacidad, intimidad, dignidad, elección, protección y garantía de derechos.

2. Campo de aplicación/ alcance:

Este proceso aplica tanto al trabajador social como al resto de los profesionales del centro residencial tanto de atención directa como indirecta.

3. Indicador clave de calidad:

Incidencia cero de reclamaciones, quejas o denuncias tanto por el usuario como familias y administración relacionadas con la falta de confidencialidad y privacidad tanto documental como de la atención al usuario.

4. Responsabilidades:

La dirección y los propios profesionales que atienden al usuario son los encargados del control de la adecuada aplicación del procedimiento.

Para conseguir dicho objetivo se considera que debe existir una constante actualización de los conocimientos teórico-prácticos mediante una formación continuada, garantizando de esta forma unos resultados óptimos, excelentes y con la mayor eficacia y eficiencia posible; para ello, este procedimiento, queda incluido en el Manual de las normativas de seguridad y tratamiento de datos. Además, todo trabajador firmará tanto el Manual como el documento de Compromiso de Confidencialidad y Secreto.

5. Desarrollo:

Todo el personal de la residencia “Virgen del Valle”, en primer lugar, deberá ser conocedor tanto del marco ético¹¹ como el jurídico-normativo¹² que les afecta:

Marco ético.

Un modelo de fundamentación y deliberación moral que resulta útil para analizar los problemas morales de la práctica clínica es el que recurre a 4 principios de la bioética (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia), los jerarquiza en dos niveles («de mínimos», ámbito público, deberes para con todos y cada uno, universalizables y exigibles; «de máximos», ámbito privado y particular, gestionados conforme a las creencias e ideales de vida de los implicados) y sin considerarlos absolutos estudia los posibles cursos de acción, a la vista de la jerarquía de los principios, de la situación concreta, de las posibles consecuencias y de las posibles excepciones que se puedan justificar en función de un canon de moralidad que afirma el respeto a la dignidad de los seres humanos. Por supuesto, existen otros enfoques posibles, y el manejo de los principios no es excluyente del recurso a otras aproximaciones.

¹¹ Este punto se ha realizado a partir de la documentación elaborada por Júdez, J., et al. (2002) "La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información". Medicina Clínica. Barcelona. Nº 118 (pp. 21-22).

¹² Ibídem, (p. 22).

Los fundamentos éticos que sustentan el deber de confidencialidad del profesional y, de manera compartida o derivada, de otros colaboradores implicados en la atención sociosanitaria, se suelen apoyar en tres tipos de reglas o argumentaciones complementarias: argumentos basados en el respeto a la autonomía personal y a la privacidad; argumentos consecuencialistas basados, por ejemplo, en la existencia de un pacto implícito en la relación clínica o en la confianza social ante la reserva de la profesión médica, y argumentos basados en la lealtad.

La argumentación que recurre a la autonomía enlaza bien con el marco de principios, mientras que las otras argumentaciones especifican ese marco en profesionales y situaciones concretos. Efectivamente, la confidencialidad se enraíza en los conceptos previos de intimidad y privacidad y éstos a su vez en los de autonomía y libertad individual. Cada individuo, por el hecho de serlo, es acreedor, en principio, de la gestión de sus derechos y libertades incluyendo su cuerpo, su esfera íntima y privada, y en definitiva el conjunto de sus derechos humanos subjetivos. Éstos son la expresión jurídica del principio bioético de autonomía, mientras que toda la articulación privada (civil, administrativa, mercantil, etc.) que establece la sociedad para garantizar y proteger los actos realizados en el uso de tales derechos para que los individuos y los grupos sociales busquen su mayor beneficio cubren el ámbito del principio de beneficencia en su juego con el par autonomía. El marco, los límites dentro de los cuales se puede desarrollar ese nivel privado, aquellas obligaciones que se reflejan en ley pública, exigibles a todos incluso coercitivamente, quedan determinados por los principios de no maleficencia y justicia.

Así las cosas, la confidencialidad se mueve en el horizonte básico de la relación sociosanitaria y en las obligaciones privadas que se articulan entre los principios de beneficencia y autonomía. Este derecho-deber atañe a información considerada sensible, y por eso exige especial rigor en su cumplimiento, pero no es absoluto y admite excepciones o rupturas que habrá que justificar tanto en el propio nivel «de máximos» como, con más facilidad, por razones que emanen del nivel de ética «de mínimos» derivado de la no maleficencia y la justicia. Los tres grandes supuestos en los que se plantea romper el deber de confidencialidad son: por evitar un daño a otras personas, por evitar un daño a la propia persona y por imperativo legal.

Marco Jurídico-Normativo:

1. Derecho internacional.

Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997. Artículo 10: *Vida privada y derecho a la información:*

1. Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud.

2. Toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada

2. Derecho Español.

- Derecho administrativo.

LOPD. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. *Todo el sistema de protección de datos está basado en el principio de*

que cualquier información relacionada con una persona es susceptible de ser considerada dato personal. Pero, además, existe información que, por su naturaleza, merece un nivel superior de protección. La LOPD define esta información, en su artículo 7, como datos especialmente protegidos y parece indiscutible que las residencias, por el propio desarrollo de su actividad, precisan de ciertos datos, especialmente protegidos, de los usuarios, como los relativos a su salud. Estos datos exigen una mayor cautela en su recogida, almacenamiento y tratamiento y, en consecuencia, la principal razón por la que esta normativa tiene especial impacto en el ámbito de las residencias geriátricas. La aplicación práctica de una implantación LOPD se centrará en la protección del flujo de datos de los usuarios tratados por las residencias.¹³

- Constitución Española.

Artículo 18 1. *Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.*

- Derecho Penal.

Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre):

- Artículos 197-201: *Del descubrimiento y revelación de secretos.*
- Artículos 413-418: *De la infidelidad en la custodia de documentos y de la violación de secretos.*
- Artículos 20.5, 20.7: *De las causas que eximen de la responsabilidad criminal*
 - 20.5 *El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos:*
 - Primero. Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.*
 - Segundo. Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto.*
 - Tercero. Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.*
 - 20.7 *El que obre en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo*

- Derecho Civil.

Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil de los Derechos al Honor, a la Intimidad y la Propia Imagen:

- Artículo 7.3. *La divulgación de hechos relativos a la vida privada de una persona o familia que afecten a su reputación y buen nombre, así como la revelación o publicación del contenido de cartas, memorias u otros escritos personales de carácter íntimo.*
- Artículo 7.4. *La revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela.*

- Derecho Administrativo-Sanitario.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad:

- Artículo 10 *Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:*
 - 10.1 *Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de*

¹³ Roselló Mallol, V., “LOPD y Residencias Geriátricas.” www.porticolegal.expansion.com

género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

- *10.2 A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.*
- *10.3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.*

Una vez expuesto tanto el marco ético como el jurídico-normativo, todo profesional del centro residencial, deberá ser capaz de cumplir con las siguientes indicaciones¹⁴:

1. Confidencialidad de los datos de los propios profesionales:

- Determina la utilización y acceso de los datos de los profesionales del centro

2. Confidencialidad y privacidad en la actividad asistencial:

- La información se ha de facilitar al mismo usuario en las condiciones de privacidad más adecuadas. Se ha de recabar la autorización de éste para informar a terceros.
- Respeto a la privacidad e intimidad en los cuidados personales y en el aseo.
- El acceso a los aspectos confidenciales del usuario se tiene que limitar a los profesionales que colaboran en su atención.
- Es responsabilidad del equipo técnico un adecuado cuidado de la confidencialidad evitando la difusión de datos sociales o clínicos en espacios públicos (pasillos, salones, recepción de los centros, etc.)
- Se reconocen las excepciones recogidas en la Ley General de Sanidad y se incluye el privilegio terapéutico y el «derecho a no ser informado».
- Se recuerda la necesaria autorización del usuario para la utilización de medios iconográficos.

3. Confidencialidad y los medios de comunicación:

- Se determina un responsable institucional de relación con los medios de comunicación, en este caso la Directora del centro.
- Como regla general no se puede facilitar información de usuarios a los medios de comunicación. Es el usuario o sus representantes quienes prioritariamente han de determinar qué información facilitan.
- El acceso de los medios de comunicación al ámbito asistencial debe contar con la autorización y conocimiento del equipo asistencial o técnico en el caso de centros sociosanitarios.

¹⁴ Punto sintetizado por Júdez, J., et al. (2002) en "La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información". Medicina Clínica. Barcelona. Nº 118 (p. 27) de Recomendaciones sobre la Confidencialidad en la Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell: Corporación Sanitaria Parc Taulí (1998).

4. Confidencialidad en la documentación sociosanitaria:

- El usuario o sus representantes pueden acceder a todo el contenido de la documentación del usuario. En caso de defunción pueden acceder los familiares más cercanos si el usuario no había manifestado lo contrario. La documentación de cada usuario, una vez fallecido o trasladado, permanecerá en el archivo custodiado como mínimo tres años. Posteriormente, se incluirá en la segregación de residuos confidenciales.
- Sólo los profesionales implicados en la atención del usuario pueden acceder a su documentación, a excepción de los estudios de investigación.
- Protección de los registros escritos y electrónicos confidenciales, información transmitida a terceros por ordenador, fax, teléfono y otras tecnologías electrónicas o informáticas.
- A la Administración de Justicia se le facilitará aquella documentación de la historia clínica y/o social que derive de procedimientos penales.

Por último, se ofrece una propuesta de soluciones ante los problemas de confidencialidad detectados¹⁵:

1. Cuestiones de actitud («abrir los ojos»). Tener presente la necesaria reserva y el deber de secreto por parte de todo el personal sociosanitario. Entre las prácticas están:

- Procurar que en la carpeta o sobre exterior de las historias clínicas/sociales consten sólo datos administrativos y no personales.
- Conseguir que las historias estén el mínimo tiempo posible fuera del archivo. Este archivo estará siempre cerrado con llave.
- Evitar que queden a la vista del público documentos que puedan leerse con facilidad.
- Enviar las historias y documentación de un centro a otro siempre en sobre cerrado.
- Evitar que los usuarios o sus familiares trasladen las historias clínicas, incluso en situaciones de urgencia. El traslado debe realizarse por personal del equipo técnico.
- Entregar los informes o resultados de pruebas complementarias al usuario o persona autorizada para solicitarlos.
- Informar a los usuarios o personas autorizadas de forma personalizada y en lugares reservados del público en general.
- Utilizar el despacho, la consulta u otras zonas restringidas para consultar con otros compañeros casos clínicos o dudas respecto a los pacientes.
- Evitar al máximo los datos que puedan llevar a identificar a un usuario concreto en la presentación de casos clínicos con motivo docente.

2. Cuestiones de decisión («ordenar la cabeza»). La experiencia y el sentido común no siempre son suficientes para tomar una decisión correcta cuando surge un conflicto. Para ello, puede resultar útil:

¹⁵ Punto sintetizado y adaptado por Júdez, J., et al. (2002) en "La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información". Medicina Clínica. Barcelona. Nº 118 (p. 28). De Delgado Marroquín, M.T., (2000) Secreto profesional y confidencialidad en atención primaria. Dimens Hum; 4: 28-30.

- Familiarizarse con alguno de los métodos de razonamiento para la toma de decisiones ante dilemas éticos en atención primaria o, en nuestro caso, en atención sociosanitaria.
- Contar con el comité ético.

A continuación, se expone el algoritmo de control de datos sanitarios informatizados con el fin de asegurar la confidencialidad, la integridad y la exactitud de los datos personales. Lo cual, se puede aplicar en nuestro centro residencial para cualquiera de las áreas, ya sea la sanitaria como la social.

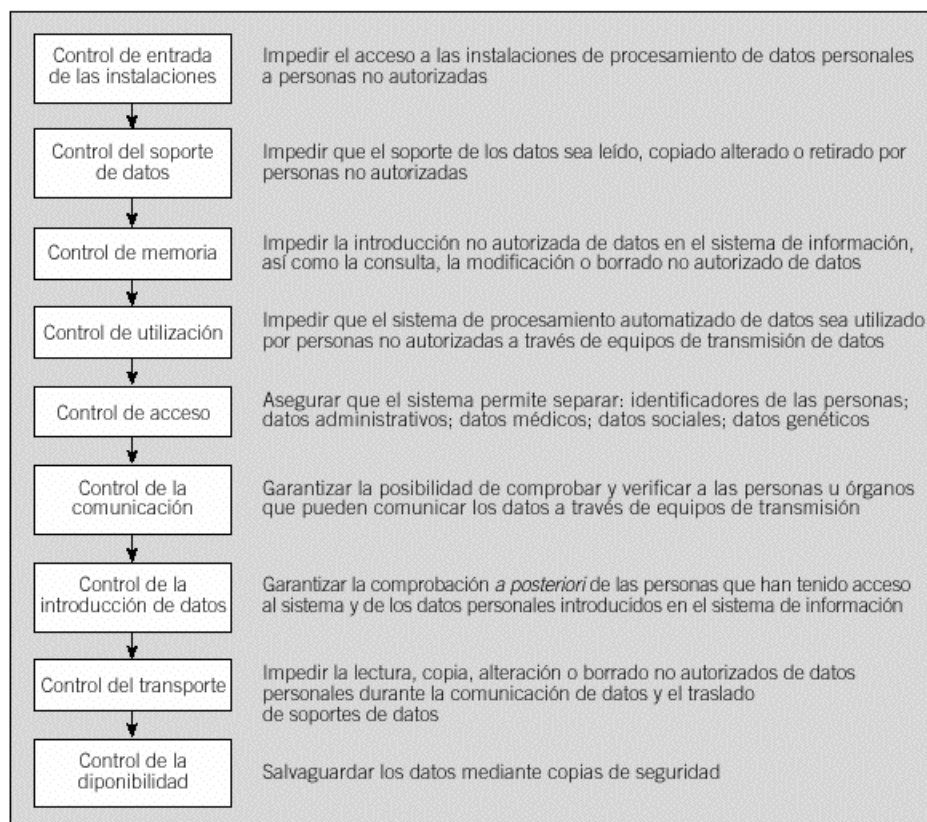


Figura 10. Algoritmo de control de datos sanitarios informatizados.

Fuente: Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

6. Control documental (ver Anexo II):

Código	Denominación	Responsable registro	Lugar	Tiempo de conservación
P1-1	Guía de Buena Práctica Clave: Respeto a la privacidad e intimidad en los cuidados personales y en el aseo. ¹⁶	Auxiliares de enfermería y enfermeros.	En red, en las carpetas correspondientes Acceso con contraseña.	Permanente

¹⁶ Elaborada a partir de la Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. (2009). Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies.

P1-2	Guía de Buena Práctica Clave: Respeto a la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información personal. ¹⁷	Todo el personal	En red, en las carpetas correspondientes Acceso con contraseña.	Permanente
P1-3	Manual de las normativas de seguridad y tratamiento de datos.	Todo el personal	Dirección	Permanente
P1-4	Compromiso de confidencialidad y secreto.	Todo el personal	Dirección	Permanente
P1-5	Cláusulas para la protección de los registros escritos y electrónicos confidenciales. Información transmitida a terceros.	Todo el personal	En red.	Permanente
P1-6	Ficha seguridad. Soportes.	Todo el personal	Dirección	Permanente
P1-7	Ficha seguridad. Portátil.	Todo el personal	Dirección	Permanente
P1-8	Ficha seguridad. Incidencias.	Todo el personal	Dirección	Permanente
P1-9	Ficha seguridad. Registros de acceso a la documentación	Todo el personal	Dirección	Permanente
P1-10	Ficha seguridad. Inventario soportes y documentación.	Todo el personal	Dirección	Permanente
PT 1-1	Protocolo ante solicitudes de datos.	Todo el personal	En red	Permanente

Tabla 23. Control documental del procedimiento de confidencialidad y privacidad.

Fuente: elaboración propia.

¹⁷ Ibídem.

7. Criterios de evaluación cumplimiento:

Criterios normativos	Criterios explícitos	Cumplimiento (sí/no)			Diciembre 2014
		Diciembre 2013	Marzo 2014	Junio 2014	
Se informará y recabará firma en el 100% de los nuevos profesionales sobre el Manual de seguridad entregado.	¿Ha entregado la dirección de la residencia el manual de seguridad a cada nuevo trabajador?	Al 78% si. al 22% restante no porque han sido contratos de días.	Entregados junto con el contrato al 100% de trabajadores.	Entregados junto con el contrato al 100% de trabajadores. Además se actualizan datos.	Sí, al 100%.
Se garantizará la privacidad e intimidad en los cuidados personales al 100% de los usuarios	¿Se cierran ventanas y puertas de las habitaciones durante el aseo e higiene diaria?	En las encuestas realizadas, el 40% de los usuarios indica que esto no se cumple.	El 93.3% responden ahora que sí. El 6.9% responde que a veces y el 0% que no.	El 90% responden que sí. El 10% que a veces y el 0% que no.	El 93.3% responde que sí. El 6.7% que a veces y el 0% que no.
Se garantizará la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información personal y documental del 100% de los usuarios	¿Cuándo un usuario no está incapacitado legalmente, es el primer receptor de la información que le atañe?	Actualmente se le informa al usuario y a su familia sin previo consentimiento del usuario.	El usuario continúa siendo informado el primero pero se le pide consentimiento para informar a su familia.	Sí. Se continúa tal cual se estableció en el mes de marzo.	Sí.
Se garantizará la privacidad e intimidad de la información transmitida a terceros.	¿Consta en todos los fax y mails la cláusula de seguridad?	En diciembre de 2013 no, para enero sí ya que se han ido incorporando nuevos técnicos.	Sí. Microcurso impartido el 18 de febrero dirigido a técnicos.	Sí.	Sí.
Se evitará hablar en los lugares públicos con otros compañeros de casos clínicos y/o sociales.	¿Se utilizan los despachos y zonas privadas para hablar con otros compañeros de determinados casos?	No, suele ser habitual comunicarnos en recepción.	Sí. Microcurso impartido el 18 de febrero dirigido a técnicos.	Sí.	Sí.

Tabla 24. Criterios de evaluación de cumplimiento del procedimiento de confidencialidad y privacidad.
Fuente: elaboración propia.

(Durante el primer semestre y de forma trimestral, se realiza auditoría de cumplimiento del presente procedimiento en base a los criterios definidos en la tabla. Posteriormente, se realiza semestralmente).

8. Revisión y control:

Revisión	Fecha implementación	Autor/es	Próxima revisión
0	31/10/2013	Dirección y Responsable de Calidad del Área Sanitaria de la Residencia “Virgen del Valle”.	31/10/2017

Tabla 25. Revisión y control del procedimiento de confidencialidad y privacidad.

Fuente: elaboración propia.

5.2.3.2.2 En el área del consentimiento informado: P-2 Procedimiento de consentimiento informado

1. Objetivo:

El objeto de este procedimiento se centra en mostrar la obligación de informar y recabar el consentimiento de la persona afectada, que de forma conjunta conforman el consentimiento informado (Puñal E., 2010).

2. Campo de aplicación/ alcance:

Este proceso aplica tanto al trabajador social como al resto de técnicos del centro residencial. Nos centraremos, sobre todo, en el área de trabajo social.

3. Indicador clave de calidad:

Incidencia cero de reclamaciones, quejas o denuncias tanto por el usuario como familias y administración relacionadas con la falta de consentimientos informados.

4. Responsabilidades:

La dirección y los técnicos que atienden al usuario son los encargados del control de la adecuada aplicación del procedimiento.

Para conseguir dicho objetivo se considera que debe existir una constante actualización de los conocimientos teórico-prácticos mediante una formación continuada, garantizando de esta forma unos resultados óptimos, excelentes y con la mayor eficacia y eficiencia posible; para ello, se llevará a cabo una formación interna a los técnicos para explicar las actualizaciones o modificaciones en las guías de buenas prácticas, los protocolos y los registros existentes en este procedimiento.

5. Desarrollo:

Es preciso conocer previamente que, tal y como nos comentan Simón, P. y Júdez, J. en su artículo “Consentimiento informado” (2001): “a lo largo de la modernidad los habitantes de las sociedades occidentales fueron ganando poco a poco el reconocimiento de «ciudadanos», individuos con derechos reconocidos y con potestad para decidir libremente cómo y por quién querían ser gobernados, y qué tipo de sociedad querían construir. Se fueron liberando de la concepción paternalista de las

relaciones sociopolíticas, donde el gobernante ejercía su autoridad despóticamente sobre sus súbditos, y fueron avanzando hacia concepciones democráticas donde dichas relaciones estaban presididas por la idea del consentimiento libre e informado de los ciudadanos. El principio ético que daba soporte a estas nuevas ideas era el de autonomía, un principio típicamente ilustrado, que afirmaba la potestad moral de los individuos para decidir libremente cómo gobernar su propia vida en todos los aspectos mientras no interfiriera en el proyecto vital de sus semejantes.

Los pilares de este modelo son el principio ético de autonomía y las actitudes deliberativas y de participación, y tienen en la teoría del consentimiento informado, entendida como proceso comunicativo, una de sus expresiones más granadas.”

Como referencias legislativas fundamentales¹⁸, se toman la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Reglamento que la desarrolla, recogido en el Real Decreto 1720/2007¹⁹. En el marco de estos textos normativos se analiza la regulación del deber de informar y de obtener el consentimiento para el registro y tratamiento de datos de carácter personal.

Se entiende por consentimiento el permiso que otorga la persona para que se traten sus datos de carácter personal, y la característica o adjetivo de informado, significa que la persona para dar este consentimiento tiene que tener una información al respecto.

El deber de información se recoge en el artículo 5 de la Ley 15/1999 y concretamente, en el primer apartado de este artículo se deja claro cuál debe ser el contenido de esta información:

Artículo 5 de la Ley 15/1999: Derecho de información en la recogida de datos.

1. Los interesados a los que se soliciten datos personales deberán ser previamente informados de modo expreso, preciso e inequívoco:

- f) De la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.*
- g) Del carácter obligatorio o facultativo de su respuesta a las preguntas que les sean planteadas.*
- h) De las consecuencias de la obtención de los datos o de la negativa a suministrarlos.*
- i) De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.*
- j) De la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante.*

Por otra parte la obligación de recabar el consentimiento de la persona afectada se recoge en el artículo 6 de la Ley Orgánica 15/1999:

¹⁸ Este marco jurídico, se ha realizado a partir de la documentación elaborada por Puñal Romarís, M.E. (2010). "El consentimiento informado en servicios sociales desde la óptica del Trabajo Social: aplicación de la normativa de protección de datos". Escuela Universitaria de trabajo Social adscrita a la Universidad de Santiago de Compostela, (pp. 5-17).

¹⁹ BOE nº 298 de 14 de diciembre de 1999 y BOE nº 17 del 19 de enero del 2008 respectivamente.

El tratamiento de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento inequívoco del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa.

En el artículo 12 del Reglamento de desarrollo, los dos primeros apartados, aportan firmeza a esta obligación ya que, por regla general, no es posible consentimiento sin conocimiento del objeto del mismo:

1. El responsable del tratamiento deberá obtener el consentimiento del interesado para el tratamiento de sus datos de carácter personal salvo en aquellos supuestos en que el mismo no sea exigible con arreglo a lo dispuesto en las leyes. La solicitud del consentimiento deberá ir referida a un tratamiento o serie de tratamientos concretos, con delimitación de la finalidad para los que se recaba, así como de las restantes condiciones que concurran en el tratamiento o serie de tratamientos.

2. Cuando se solicite el consentimiento del afectado para la cesión de sus datos, éste deberá ser informado de forma que conozca inequívocamente la finalidad a la que se destinarán los datos respecto de cuya comunicación se solicita el consentimiento y el tipo de actividad desarrollada por el cesionario. En caso contrario, el consentimiento será nulo.

Por otro lado, se contemplan unos supuestos especiales a los que se hace referencia en el apartado 2 del artículo 6 de la Ley:

2. No será preciso el consentimiento cuando los datos de carácter personal se recojan para el ejercicio de las funciones propias de las Administraciones públicas en el ámbito de sus competencias; cuando se refieran a las partes de un contrato o precontrato de una relación negocial, laboral o administrativa y sean necesarios para su mantenimiento o cumplimiento; cuando el tratamiento de los datos tenga por finalidad proteger un interés vital del interesado en los términos del artículo 7, apartado 6, de la presente Ley, o cuando los datos figuren en fuentes accesibles al público y su tratamiento sea necesario para la satisfacción del interés legítimo perseguido por el responsable del fichero o por el del tercero a quien se comuniquen los datos, siempre que no se vulneren los derechos y libertades fundamentales del interesado.

3. El consentimiento a que se refiere el artículo podrá ser revocado cuando exista causa justificada para ello y no se le atribuyan efectos retroactivos.

4. En los casos en los que no sea necesario el consentimiento del afectado para el tratamiento de los datos de carácter personal, y siempre que una ley no disponga lo contrario, éste podrá oponerse a su tratamiento cuando existan motivos fundados y legítimos relativos a una concreta situación personal. En tal supuesto, el responsable del fichero excluirá del tratamiento los datos relativos al afectado.

En la Ley, también se establece que hay una serie de datos que tienen que ser especialmente protegidos, denominados también datos sensibles, respecto a los cuales de algunos se exige consentimiento expreso y de otros escrito:

Artículo 7. Datos especialmente protegidos:

De acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 16 de la Constitución, nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias:

1. Cuando en relación con estos datos se proceda a recabar el consentimiento a que se refiere el apartado siguiente, se advertirá al interesado acerca de su derecho a no prestarlo.

2. Sólo con el consentimiento expreso y por escrito del afectado podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión y creencias (...)

3. Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente.

4. Quedan prohibidos los ficheros creados con la finalidad exclusiva de almacenar datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial o étnico, o vida sexual.

5. Los datos de carácter personal relativos a la comisión de infracciones penales o administrativas sólo podrán ser incluidos en ficheros de las Administraciones públicas competentes en los supuestos previstos en las respectivas normas reguladoras.

6. No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal a que se refieren los apartados 2 y 3 de este artículo, cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto.

También podrán ser objeto de tratamiento los datos a que se refiere el párrafo anterior cuando el tratamiento sea necesario para salvaguardar el interés vital del afectado o de otra persona, en el supuesto de que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento.

Se contemplan tres tipos de consentimiento que, conforme a lo expuesto sobre los datos especialmente protegidos, se corresponden con tres formas de recabarlo:

- Consentimiento por escrito: Sólo se exige si se recaban datos relativos a la ideología, afiliación sindical, religión y creencias.
- Consentimiento expreso: Se exige cuando se recaben datos relativos al origen racial, salud y vida sexual, excepto si hay razones de interés general en base a la ley.
- Consentimiento tácito: consiste en informar a la persona y ofrecerle mecanismos para que pueda negarse, si no lo hace, se entiende que tenemos el consentimiento tácito. Todos los datos que no sean sensibles, se pueden obtener por consentimiento tácito.

El nuevo Reglamento deja claro que es necesario conservar la prueba que acredite estas obligaciones (informar y recabar el consentimiento) por parte de los

responsables de tratamiento, por tanto, surge la cuestión de cómo probar que se realizaron.

Artículo 18. Acreditación del cumplimiento del deber de información:

1. El deber de información al que se refiere el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, deberá llevarse a cabo a través de un medio que permita acreditar su cumplimiento, debiendo conservarse mientras persista el tratamiento de los datos del afectado.

2. El responsable del fichero o tratamiento deberá conservar el soporte en el que conste el cumplimiento del deber de informar. Para el almacenamiento de los soportes, el responsable del fichero o tratamiento podrá utilizar medios informáticos o telemáticos. En particular podrá proceder al escaneado de la documentación en soporte papel (...).

Respecto al consentimiento, el punto 3 del artículo 12 es también rotundo:

3. Corresponderá al responsable del tratamiento la prueba de la existencia del consentimiento del afectado por cualquier medio de prueba admisible en derecho.

Por todo ello, que como prueba que acredite estas obligaciones, será suficiente con justificar la recogida por escrito del consentimiento informado o registrarlo en una grabación oral o audiovisual.

Con respecto a la obligación de la información en los documentos impresos de recogida de datos, esta obligación viene recogida en el punto 2 del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 y es recomendable ponerla en todos los documentos:

2. Cuando se utilicen cuestionarios u otros impresos para la recogida, figurarán en los mismos, en forma claramente legible, las advertencias a que se refiere el apartado anterior.

6. Control documental (ver Anexo III):

Código	Denominación	Responsable registro	Lugar	Tiempo de conservación
P2-1	Clausulas Consentimiento informado	Dirección y técnicos	En red, en las carpetas correspondientes. Acceso con contraseña.	Permanente
P2-2	Guía de Buenas Prácticas sobre el uso de las contenciones físicas ²⁰	Dirección y técnicos	En red, en las carpetas correspondientes. Acceso con contraseña.	Permanente

²⁰ Elaborada a partir de la Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. (2009). Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies.

P 2-3	Lista de comprobación para evaluar la calidad de los formularios escritos de consentimiento informado ²¹	Dirección y técnicos	En red, en las carpetas correspondientes. Acceso con contraseña.	Permanente
PT2-1	Protocolo consentimiento informado ²²	Dirección y técnicos	En red, en las carpetas correspondientes. Acceso con contraseña.	Permanente
PT 2-2	Protocolo sujeciones	Todo el personal	En red, en las carpetas correspondientes. Acceso con contraseña	Permanente

Tabla 26. Control documental del procedimiento de consentimiento informado.

Fuente: elaboración propia.

7. Criterios de evaluación cumplimiento:

Criterios normativos	Criterios explícitos	Cumplimiento (sí/no)			Diciembre 2014
		Diciembre 2013	Marzo 2014	Junio 2014	
Se informará y recabará el consentimiento en el 100% de los usuarios o, en su defecto, de los familiares en las acciones que se requiera (contrato, sujeciones).	¿Ha informado (explicación verbal adecuada del procedimiento) y entregado la dirección y/o el técnico correspondiente del centro el consentimiento informado al usuario o, en su defecto, al familiar?	Respecto a sujeciones, se ha recabado el consentimiento en un 91%, pero en lo que respecta a datos en un 73%.	Respecto a sujeciones, continuamos con un 91%, en lo que respecta a datos en un 100%.	Respecto a sujeciones, tenemos el 98.6% de los consentimientos firmados, en lo que respecta a datos el 100%.	Sí, el 100%.

²¹ Elaborado a partir del modelo de Simón Lorda, P. Profesor de la EASP. Granada. Junio de 2005. "Lista de comprobación para evaluar la calidad de los formularios escritos de consentimiento informado en la práctica clínica".

²² Elaborado a partir del documento de Ortiz, A. y Burdiles, P. (2010) "Consentimiento Informado" en Revista de Medicina Clínica; 21(4) (pp. 644-652).

Prueba del cumplimiento del deber de informar y la obligación de recabar el consentimiento en el 100% de los usuarios o, en su defecto, de los familiares en las acciones que se requiera	¿Se ha recogido el consentimiento por escrito?	Los mismos resultados que el ítem anterior ya que todo consentimiento es por escrito.	Los mismos resultados que el ítem anterior ya que todo consentimiento es por escrito.	Los mismos resultados que el ítem anterior ya que todo consentimiento es por escrito.	Sí, el 100%.
Se garantizará un modelo adecuado (con suficientes detalles para su comprensión) para la recogida del consentimiento informado en el 100% de los casos.	¿Se comprende a la perfección lo reflejado en el modelo de consentimiento informado con respecto al propósito del mismo?	No.	En revisión.	Protocolo sujeciones.	Sí.
Se garantizará la información en los documentos impresos de recogida de datos	¿Consta en todos los documentos impresos la cláusula de seguridad (información)?	No, pendiente de incluirla en los nuevos.	Sí. Ya incluido.	Sí.	Sí.
Se garantizará la ausencia de coerción en la recogida del Consentimiento informado del 100% de los usuarios	Cuándo un usuario no está incapacitado legalmente, y es capaz de tomar su propias decisiones, ¿Es el primer y único receptor de la información que le atañe?	No, es él y la familia y, a veces, sin previo consentimiento del usuario.	Actualmente, es él quien primero recibe la información y, posteriormente se le pide autorización verbal para comunicárselo a su familiar y/o tutor, si se niega, es valorado por el comité de ética.	Continuamos con las mismas líneas de actuación que se marcaron en el mes de marzo.	Sí.

Tabla 27. Criterios de evaluación de cumplimiento del procedimiento de consentimiento informado.

Fuente: elaboración propia.

(Durante el primer semestre y de forma trimestral, se realiza auditoría de cumplimiento del presente procedimiento en base a los criterios definidos en la tabla. Posteriormente, se realiza semestralmente).

8. Revisión y control:

Revisión	Fecha implementación	Autor/es	Próxima revisión
0	31/10/2013	Dirección y Responsable de Calidad del Área Sanitaria de la Residencia “Virgen del Valle”.	31/10/2017

Tabla 28. Revisión y control del procedimiento de consentimiento informado.

Fuente: elaboración propia.

5.2.3.2.3 En el área de los derechos del usuario: P-3 Procedimiento de derechos del usuario

1. Objeto:

El objeto de este procedimiento es describir la sistemática que se sigue en Gerontovalle para:

- Y cómo dar a conocer a los usuarios sus derechos y obligaciones.
- El tratamiento de las no conformidades, las reclamaciones y la implementación de acciones correctivas y preventivas.

2. Campo de aplicación/alcance:

Este proceso aplica a todos los profesionales y actividades del centro residencial.

3. Indicador clave de calidad:

Incidencia cero de reclamaciones, quejas o denuncias tanto por el usuario como familias y administración relacionadas con los derechos de los usuarios (privacidad, intimidad, etc.).

4. Responsabilidades:

La dirección y los propios profesionales que atienden al usuario son los encargados del control de la adecuada aplicación del procedimiento.

Para conseguir dicho objetivo se considera que debe existir una constante actualización de los conocimientos teórico-prácticos en los profesionales siendo, ellos mismos, los encargados de divulgar a los usuarios este derecho de reclamación, queja y/o sugerencia y facilitarles lo que precisen garantizando de esta forma los derechos del usuario.

El trabajador social, será el profesional encargado de facilitar al usuario que ingresa en el centro residencial el Reglamento de Régimen Interior (RRI) donde se recogen los derechos y obligaciones. La entrega de este RRI queda evidenciada en el propio contrato.

5. Desarrollo:

Es fundamental el desarrollo de los derechos de las personas mayores y sus familias para poder avanzar en un modelo de calidad de vida.

Los derechos de los usuarios se enmarcan en el Modelo General de Atención e Intervención, inclusivo y de apoyo y orientado a la calidad de vida, siendo en dicho marco algunos de los derechos fundamentales (SIIS, 2001):

- Intimidad. Derecho de las personas a estar solas si ese es su deseo, a no ser molestadas y a no sufrir continuas intromisiones en sus asuntos personales.
- Dignidad. Reconocimiento del valor intrínseco de las personas, independientemente de cuáles sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades personales, y mostrando, en todo momento, un trato respetuoso.
- Independencia. Posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado.
- Libertad de elección. Posibilidad de elegir libremente entre diversas opciones.
- Satisfacción. Realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades propias en todos los aspectos de la vida cotidiana.
- Conocimiento y defensa de sus derechos. Conservación de todos los derechos inherentes a la condición de persona y de ciudadano, y oportunidad de ejercerlos.

Principios relacionados con las personas y sus derechos:

- Autonomía y elección. Las personas destinatarias de los programas que se ofrecen en un centro tienen derecho a mantener en él el control sobre su propia vida. Por tanto, han de poder elegir libremente y sin coacciones externas entre diferentes alternativas.
- Participación. Las personas mayores con dependencia tienen derecho a continuar participando en la vida de su comunidad, a disfrutar de interacciones sociales suficientes y al pleno desarrollo de una vida personal libremente elegida (sexualidad, relaciones sociales, vida en el centro...). También tienen derecho, al igual que sus familias, a estar presentes y a participar en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de sus vidas, a ser escuchadas, a recibir la información requerida y a formular las quejas y sugerencias que deseen.
- Integralidad. La persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- Individualidad e intimidad. Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos pero cada una de ellas es única y diferente del resto. Las personas que viven en comunidad tienen derecho a su intimidad.
- Integración social. Las personas mayores son miembros activos de la comunidad y ciudadanos/as. Por ello, también cuando tienen una situación de dependencia y viven en un alojamiento, deben tener posibilidad de interactuar en su entorno y disfrutar de cuantos bienes sociales y culturales existen, en igualdad con el resto de la población.

- Independencia y bienestar. Todas las personas mayores han de tener acceso a programas informativo-formativos dirigidos a la prevención de la dependencia, a la promoción de su autonomía y al incremento de su bienestar subjetivo. Quienes presenten situaciones de fragilidad o de dependencia tendrán derecho a recibir apoyos que mejoren su situación, minimicen su dependencia y aumenten su sensación de bienestar.
- Continuidad de cuidados. Las personas que se encuentran en un centro por su situación de fragilidad o dependencia tienen derecho a recibir los cuidados que precisen, de manera continua y adaptada a las circunstancias cambiantes de su proceso.
- Dignidad. Las personas mayores tienen derecho al respeto de la diversidad y al de su propia dignidad, cualquiera que sea el estado en que se encuentren con respecto a su capacidad funcional.

5.1. Detección de no conformidades:

Las no conformidades y las quejas de los usuarios pueden ser detectadas o recibidas por cualquier persona de la organización. Cuando la incidencia es grave o repetitiva, se debe informar a la dirección del centro donde se ha producido para que se documente en el registro de no conformidades.

Si se trata de una reclamación, la persona que recibe la queja tomará las acciones inmediatas que estén en su mano para atender al usuario. Con posterioridad, informará a la dirección para que supervise el tratamiento de la reclamación.

Cuando se detecten suministros o productos no conformes (material de limpieza, cocina, sanitario, informático, de oficina, etc.), se identificarán como “material no conforme” y será separado del resto a la espera de la decisión a adoptar.

5.2. Inicio de acciones correctivas y preventivas:

La necesidad de emprender este tipo de acciones correctivas o preventivas puede venir determinada por alguno de los siguientes motivos:

- Acciones correctivas:
 - Deficiencias detectadas en la implementación o efectividad del sistema de calidad (por ejemplo: detectadas en auditorías, reuniones con la dirección, etc.)
 - No conformidades en suministros, alimentos, material informático, etc.
 - Quejas o reclamaciones de familias o usuarios.
 - Iniciativas de la dirección, sugerencias del personal, proveedores, etc.
- Acciones preventivas
 - Propuesta de cualquier persona de la organización que advierta riesgo de fallos en la organización.
 - Sugerencias de usuarios, proveedores o de consultores externos.
 - Información recogida del mercado (estudio de mercado, visitas a otros centros).
 - Análisis por parte de la dirección, etc.

5.3. Tratamiento y documentación:

El tratamiento de las reclamaciones y no conformidades sigue la siguiente operativa:

- La dirección documenta la incidencia en el registro de no conformidades a la mayor brevedad, describiendo la no conformidad o queja con los datos más representativos de la misma.
- En el apartado “Acción Inmediata” se anotan las actuaciones a realizar para corregir la desviación detectada.
- Posteriormente, se analizarán las causas de la desviación y se adoptarán, si procede, las acciones correctivas propuestas. Se anotarán los responsables de las acciones y los plazos previstos.
- En el caso de no existir acción correctiva o preventiva, la dirección cerrará el informe tras comprobar la eficacia de la acción inmediata.
- Las acciones preventivas también se documentan en el registro de no conformidades. La dirección anota en el apartado de descripción los motivos por los que se emprende la acción y el origen del problema potencial.
- En el registro, la dirección verificará si las acciones propuestas han sido efectivas y cerrará el informe. Cuando sea posible, se evaluarán los costes derivados de la incidencia para facilitar el cálculo anual de los costes de no calidad. El registro de incidencias constituye la memoria histórica de la organización y son la base para analizar las debilidades del sistema de gestión de calidad técnica y ética.

6. Definiciones:

No conformidad: definimos la no conformidad como el incumplimiento de un requisito. Los requisitos pueden encontrarse en la legislación aplicable, los contratos con usuarios o proveedores, la propia norma UNE EN ISO 9001 o cualquier otro tipo de documento contractual. Se aplica también al incumplimiento de una expectativa razonable o a la desviación o falta de un elemento importante del sistema de gestión de la calidad.

Reclamación: una reclamación es una no conformidad detectada por un usuario externo.

Acción correctiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

PAC. Plan de acciones correctivas: planificación de las acciones de mejora derivadas del análisis de las no conformidades detectadas en la auditoría.

Acción preventiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

7. Control documental (ver Anexo IV):

Código	Denominación	Responsable registro	Lugar	Tiempo de conservación
P 3/1	Informe de no conformidad o reclamación	Todo el personal	En red, en las carpetas correspondientes Acceso con contraseña	Permanente
P 3/2	Reglamento Régimen Interior	Dirección y trabajador social	En red, en las carpetas correspondientes Acceso con contraseña	Permanente
-	Hoja de reclamación oficial	Dirección	Despacho Dirección	Permanente

Tabla 29. Control documental del procedimiento derechos del usuario.

Fuente: elaboración propia.

8. Criterios de evaluación cumplimiento:

Criterios normativos	Criterios explícitos	Cumplimiento (sí/no)			Diciembre 2014
		Diciembre 2013	Marzo 2014	Junio 2014	
Se informará tanto a usuarios como a familiares de sus derechos y obligaciones	¿Entregado la Dirección de la residencia el Reglamento de Régimen Interior (RRI) a los nuevos usuarios que ingresan? ¿Este RRI está accesible para cualquier usuario y/o familiar que quiera leerlo?	Solo al 4%. Sí está accesible ya que está expuesto en tablón.	Sí. Entregado al 100%.	Sí. Entregado al 100%.	Sí.
Se garantizará que los usuarios del centro y/los familiares de los mismos son conocedores de que el establecimiento cuenta con libro de reclamaciones	¿Se publica la existencia de hojas de reclamación en el tablón de anuncios?	Sí, es obligatorio ..	Sí, es obligatorio.	Sí.	Sí.

Tabla 30. Criterios de evaluación de cumplimiento del procedimiento derechos del usuario.

Fuente: elaboración propia.

(Durante el primer semestre y de forma trimestral, se realiza auditoría de cumplimiento del presente procedimiento en base a los criterios definidos en la tabla. Posteriormente, se realiza semestralmente).

9. Revisión y control:

Revisión	Fecha implementación	Modificaciones	Autor/es	Próxima revisión
0	1/03/2011	Primera edición del documento.	Dirección y Responsable de Calidad del Área Sanitaria de la Residencia “Virgen del Valle”.	31/10/2017
1	27/12/2012	Actualización del proceso y supresión del apartado 5. Registros.		
2	31/10/2013	Se incluye: indicador clave, responsabilidades y los criterios de evaluación.		

Tabla 31. Revisión y control del procedimiento derechos del usuario.
Fuente: elaboración propia.

5.2.4 Trazabilidades de los tres procedimientos (o áreas)

A continuación, se aportan las tablas de trazabilidad donde se reflejan todas las acciones emprendidas (como por ejemplo, los cursos y microcursos de formación al personal del centro sobre la implantación y uso de los nuevos protocolos, registros, documentos, guías de buenas prácticas, etc.) en las áreas de mayor riesgo, el objetivo de dichas acciones es disminuir, precisamente, el riesgo ético detectado en las mismas:

- En el procedimiento o área de confidencialidad y privacidad.
- En el procedimiento o área de consentimiento informado.
- En el procedimiento o área de derechos del usuario.

Además de las acciones, se refleja: la fecha, los recursos y a los profesionales que va dirigida tal acción.

5.2.4.1 Confidencialidad y privacidad

Ref. y Fecha	Descripción de la observación	Análisis de las causas	
Ref.nº 1 31/10/2013	La confidencialidad y la privacidad: la organización cuenta con políticas y procedimientos adecuados en materia de confidencialidad y privacidad. ALTO RIESGO según el índice de prioridad (NPR) de la MERE.	Inexistencia de procedimiento que regule las políticas de confidencialidad y privacidad.	
Acciones a emprender		Responsable	Fecha límite
Definir un procedimiento de confidencialidad y privacidad.		Dirección, equipo técnico y comité de ética.	31/12/2013 A partir de este momento en que se implementa dicho procedimiento comienza la monitorización de resultados con el fin de ver si el Plan de Acción ha sido adecuado.

Fecha: jun2014 Ref. nº:	Indicadores de seguimiento y progreso (Para ello definimos los siguientes documentos)	Recursos	Monitorización / Resultados
P1-1	Guía de Buena Práctica Clave: Respeto a la privacidad e intimidad en los cuidados personales y en el aseo.	Equipo sanitario: enfermeros y auxiliares de enfermería.	<p>Con fecha 17/12/2013 se imparte un microcurso para explicar esta Guía tanto a auxiliares como a enfermeros. El seguimiento de cumplimiento se realiza de forma diaria con la ayuda del supervisor del centro.</p> <p>En enero de 2014, y en base a los datos que se obtienen de la primera encuesta a usuario, se revisa, modifica y completa la Instrucción de Trabajo de los auxiliares y se adquieren más recursos materiales para mejorar la comunicación (teléfonos inalámbricos) y disminuir las interrupciones.</p> <p>Además, el 07/03/2014, se les imparte un nuevo curso dirigido a los auxiliares sobre “La importancia de la motivación en los usuarios de centros residenciales para alcanzar mayor autonomía”.</p> <p>Como se puede observar en los resultados de las encuestas pasadas trimestralmente, a día de hoy, se ha mejorado considerablemente con respecto a diciembre de 2013.</p>

P1-2	Guía de Buena Práctica Clave: Respeto a la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información personal.	Todo el personal	Con fecha 17/12/2013 se imparte un microcurso para explicar esta Guía tanto a auxiliares como a enfermeros. Y con fecha 17/02/2014 se imparte otro microcurso para explicar esta Guía al resto del equipo técnico. El seguimiento del cumplimiento se realiza de forma diaria con la ayuda del supervisor del centro. Se observa mejoría y mayor uso de los despachos para compartir información.
P1-3	Manual de las normativas de seguridad y tratamiento de datos	Todo el personal	En el primer trimestre del año 2014, queda leído y firmado este manual por todo el personal.
P1-4	Compromiso de confidencialidad y secreto	Todo el personal	En el primer trimestre del año 2014, queda leído y firmado este compromiso por todo el personal.
P1-5	Cláusulas para la protección de los registros escritos y electrónicos confidenciales. Información transmitida a terceros	Todo el personal	Con fecha 17/02/2014 se imparte microcurso para explicar el uso de estas cláusulas y las siguientes fichas y protocolo al equipo técnico. El seguimiento de cumplimiento se realiza de forma diaria por la dirección.
P1-6	Ficha seguridad. Soportes	Todo el personal	
P1-7	Ficha seguridad. Portátil	Todo el personal	
P1-8	Ficha seguridad. Incidencias	Todo el personal	
P1-9	Ficha seguridad. Registros de acceso a la documentación	Todo el personal	

P1-10	Ficha seguridad. Inventario de soportes y doc.	Todo el personal	
PT1-1	Protocolo ante solicitudes de datos personales	Todo el personal	

Tabla 32. Tabla de trazabilidad del procedimiento de confidencialidad y privacidad.

Fuente: elaboración propia.

5.2.4.2 Consentimiento informado

Ref. y Fecha	Descripción de la observación	Análisis de las causas	
Ref.nº 2 31/10/2013	El consentimiento informado: la organización cuenta con políticas y procedimientos adecuados en materia de consentimiento informado. ALTO RIESGO según el índice de prioridad (NPR) de la MERE.	Inexistencia de procedimiento que regule correctamente las políticas sobre el Consentimiento informado.	
Acciones a emprender		Responsable	Fecha límite
Definir un procedimiento de consentimiento informado.		Dirección, equipo técnico y comité de ética.	31/12/2013 A partir de este momento en que se implementa dicho procedimiento comienza la monitorización de resultados con el fin de ver si el Plan de Acción ha sido adecuado.

Fecha: jun2014 Ref. nº:	Indicadores de seguimiento y progreso (Para ello definimos los siguientes documentos)	Recursos	Monitorización / Resultados
P2-1	Clausulas consentimiento informado.	Dirección y técnicos.	Con fecha 17/02/2014 se imparte microcurso para explicar el uso de estas cláusulas al equipo técnico. El seguimiento de cumplimiento se realiza de forma diaria por la dirección. En el primer trimestre de 2014, al contrato de antiguos usuarios, se les incluye un anexo con los consentimientos pertinentes y firmados por ellos o, en su defecto, por los tutores legales.
P2-2	Guía de Buenas Prácticas sobre el uso de las contenciones físicas.	Dirección y técnicos	En enero de 2014, se da a conocer al personal. Ya habíamos creado nuestro propio protocolo.
P2-3	Lista de comprobación para evaluar la calidad de los formularios escritos de consentimiento informado.	Dirección y técnicos	En mayo de 2014, queda comprobado el consentimiento informado de sujeciones.

PT2-1	Protocolo consentimiento informado	Dirección y técnicos	Con fecha 17/02/2014 se imparte microcurso para explicar este protocolo junto con las cláusulas (P2-1) al equipo técnico.
PT2-2	Protocolo sujeciones	Todo el personal	Con fecha 03/01/2014 se remite por carta el C.I de sujeciones a las familias que todavía no lo han firmado. Actualmente, desde diciembre de 2014, este C.I está completo en un 100%.

Tabla 33. Tabla de trazabilidad del procedimiento de consentimiento informado.
Fuente: elaboración propia.

5.2.4.3 Derechos del usuario

Ref. y Fecha	Descripción de la observación	Análisis de las causas
Ref.nº 3 31/10/2013	Derechos de los usuarios: la organización cuenta con políticas y procedimientos adecuados en materia de derechos de los usuarios y en la tramitación de las no conformidades. RIESGO MODERADO según el índice de prioridad (NPR) de la MERE.	Procedimiento incompleto que regule correctamente las políticas sobre los derechos de los usuarios y no conformidades.

Acciones a emprender		Responsable	Fecha límite
Definir un procedimiento más completo de los derechos de los usuarios y no conformidades.		Dirección, equipo técnico y comité de ética.	31/12/2013 A partir de este momento en que se implementa dicho procedimiento comienza la monitorización de resultados con el fin de ver si el Plan de Acción ha sido adecuado.
Fecha: jun2014 Ref. nº:	Indicadores de seguimiento y progreso (Para ello definimos los siguientes documentos)	Recursos	Monitorización / Resultados
P3-1	Informe de no conformidad o reclamación.	Todo el personal.	Se detectó una no conformidad verbal en marzo 2014 (registrada en encuestas).
P3-2	Reglamento Régimen Interior	Dirección y Trabajadora Social	Pese a estar expuesto en el tablón de anuncios. En el primer trimestre del año 2014, se hace entrega a todos los usuarios de este documento, o en su defecto, a su tutor legal.
Modelo Oficial	Hoja de reclamación oficial	Dirección	Actualmente no se ha rellenado ninguna hoja de reclamación

Tabla 34. Tabla de trazabilidad del procedimiento de derechos del usuario.
Fuente: elaboración propia.

5.3 Resultados empíricos

En este punto, se mostrarán directamente los resultados alcanzados en las encuestas del procedimiento/área de confidencialidad y privacidad, tanto a usuarios como familiares, desde diciembre de 2013 hasta diciembre de 2014.

Además, posteriormente, se plasmarán los resultados de todos los indicadores clave de los tres procedimientos/áreas estudiadas en el cuadro de mando integral para ver la evolución de los mismos durante el tiempo de trabajo.

5.3.1 Resultados de las encuestas del procedimiento de confidencialidad y privacidad.

Tal y como se ha visto, en el procedimiento/plan de acción, quedan reflejados los criterios de evaluación en los que nos vamos a ir basando para realizar el seguimiento/evolución de cada uno de ellos. Pero además, en el caso del procedimiento de confidencialidad y privacidad, varios de estos criterios están basados en los resultados de las encuestas que se han realizado tanto a usuarios como a familiares, es por ello, que resulta interesante conocerlos junto con las observaciones y sugerencias ya que, gracias a estos, hemos ido optimizando desde diciembre de 2013 tanto los servicios prestados como la atención para, de este modo, ir mejorando nuestra calidad tanto técnica como ética (plasmado en el apartado anterior de trazabilidades de procedimientos).

Los ítems, se han extraído de los elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta reflejadas en las Guías de Buenas Prácticas Claves (ver en Anexo II).

Los resultados, plasmados en las gráficas en porcentajes, y las observaciones son las siguientes (Anexo V: para ver el modelo de encuestas y respuestas totales):

Encuesta a usuarios: diciembre 2013

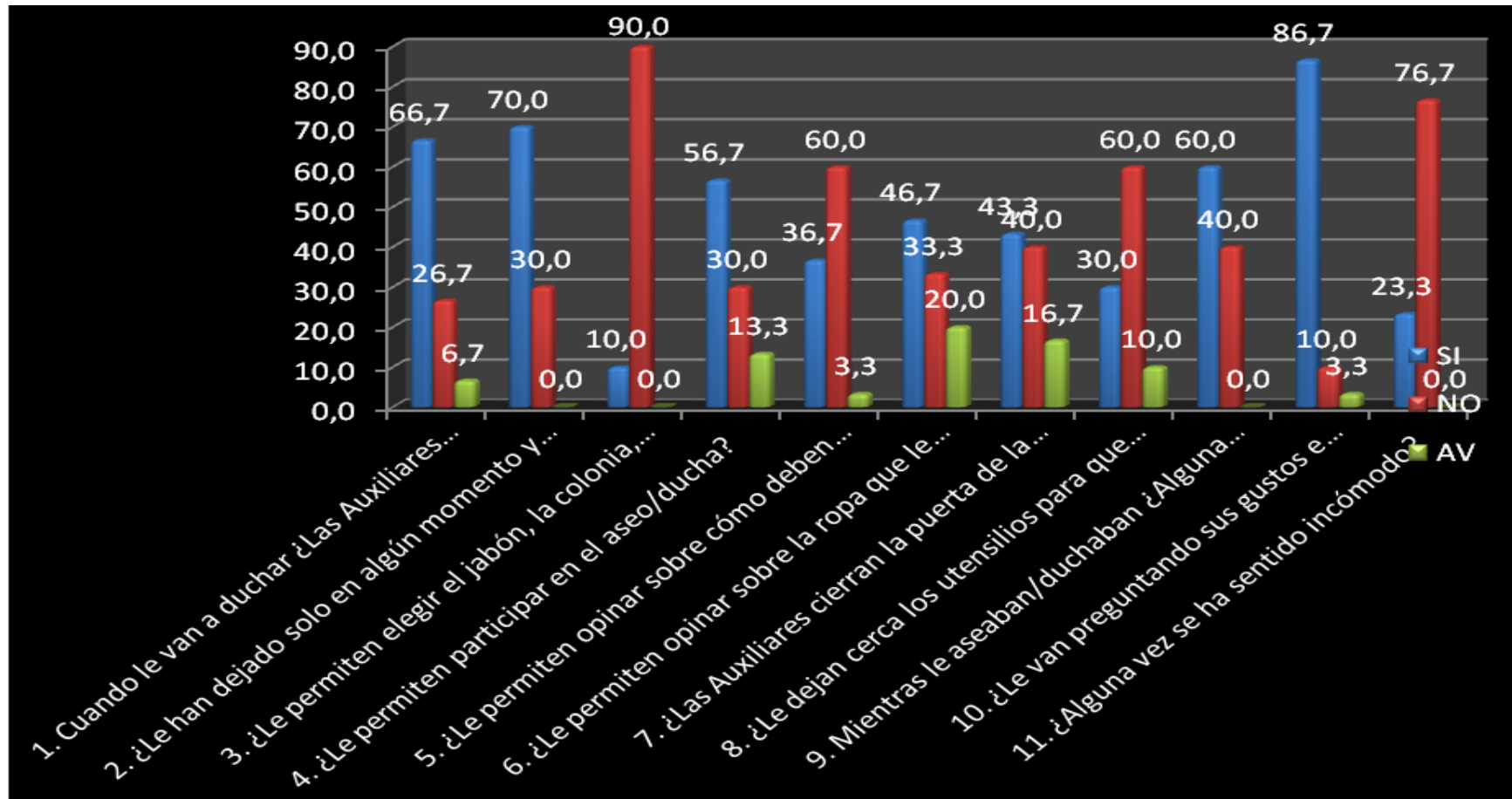


Gráfico 3. Resultados de las encuestas a usuarios en diciembre 2013.
Fuente: elaboración propia.

Observaciones de la encuesta a usuarios de diciembre de 2013:

Previamente, indicar que de las 11 preguntas/ítems dirigidas a los usuarios, están divididas de la siguiente manera: las 6 primeras corresponden al bloque “*Planificar con el usuario*” y las 5 últimas a “*Cuidando los entornos*”.

Pues bien, con respecto al primer ítem o pregunta, *Cuando le van a duchar ¿Los auxiliares de enfermería tienen todos los utensilios?*, algo más del 30% han contestado que no o que a veces y, según aclaran algunos de ellos, es porque los auxiliares del turno de mañana se encuentran sin toallas debido a que las del turno de noche las han utilizado y no las han repuesto o no lo han indicado a sus compañeros, es por ello, que lógicamente, en el siguiente ítem *¿Le han dejado solo en algún momento y luego han vuelto?* El 30% de los usuarios contesta que sí ya que ambos ítems están relacionados. Este dato es sumamente importante para ponernos a trabajar ya que, en principio, podemos darle solución.

Respecto a la tercera pregunta, *¿Le permiten elegir el jabón, la colonia, las cremas, etc.?*, el 90% dice que no, pero cuidado, es porque el centro facilita todo ello de forma gratuita y muy pocos usuarios traen los suyos propios; los que los traen, que son el 10%, sí que se les permite elegir ya que normalmente ellos mismos retiran los productos que el centro les entrega y dejan colocados directamente en el baño los que ellos mismos o sus familias han comprado.

Haciendo referencia al quinto ítem *¿Le permiten opinar sobre cómo deben hacerlo?*, en general, los usuarios que han manifestado no opinar, el 60%, no es debido a que no les dejen, sino a que, según su opinión, los profesionales lo hacen correctamente y no les es necesario decirles el qué tienen que hacer o cómo lo deben hacer, es por ello, que el ítem cuarto *¿Le permiten participar en el aseo/ducha?* contestan, al igual, un porcentaje considerable de usuarios, no participar porque los profesionales lo hacen “mejor” y “más rápido”. Resulta interesante relacionar con estas dos preguntas la octava *¿Le dejan cerca los utensilios para que usted pueda acceder a ellos y colaborar en el aseo?* Ya que si no opinan ni participan muchos de ellos tampoco les será necesario que les dejen los utensilios cerca, pues bien, efectivamente, coincide que el 60% de usuarios dicen que no les acercan los utensilios pero porque no los necesitan. Los resultados de estos ítems son preocupantes ya que, debido a la falta de motivación por parte de los profesionales a la hora de estimular a los usuarios a colaborar, les estamos haciendo perder habilidades provocándoles una mayor dependencia. Se valora la necesidad de formar en ello a los profesionales.

En la sexta pregunta, *¿Le permiten opinar sobre la ropa que le gusta o desea ponerse hoy?*, cerca del 47% contesta que sí pero coincide con los usuarios más demandantes y los que mejor saben explicar sus gustos y opiniones. A los que no se pronuncian, no se les pregunta y los auxiliares les visten como ellos consideran. Será importante reforzar a los profesionales sobre la importancia de hacerles partícipes a los usuarios a la hora también de elegir su vestuario.

Respecto a la séptima pregunta, *¿Los auxiliares cierran la puerta de la habitación y del baño para realizarle el aseo?*, menos de la mitad de los usuarios encuestados dicen que sí, el resto dicen que no o que solo a veces. El 100% de los que dicen que no, argumentan que la puerta de la habitación que da al pasillo sí que la

cierran pero no ocurre lo mismo con la puerta del baño que está dentro de la habitación lo cual, les molesta por el frío que entra y porque el otro usuario con el que comparten la habitación puede verles y entrar incluso al baño mientras está el otro. La verdad, que es otro punto a tener muy en cuenta para mejorar ya que aparentemente cuando se pasa por los pasillos parece que se guarda la intimidad pero dentro de las habitaciones, a veces, no ocurre lo mismo por lo argumentado por los propios usuarios.

En la novena pregunta, *Mientras le aseaban/duchaban ¿Alguna vez han llamado por teléfono al auxiliar o ha interrumpido otra profesional/persona?*, el 60% ha contestado que sí, y del total que han contestado positivamente, el 65% ha indicado que ha sido por entrar otro trabajador y el 35% restante por interrupciones telefónica (no al teléfono particular ya que está prohibido llevarlo, sino al teléfono paciente-enfermera el cual debe atenderlo siempre un de los auxiliares). La verdad que es un porcentaje elevado en cuestiones de interrupciones.

En la décima pregunta, *¿Le van preguntando sus gustos e implicando en el aseo de una forma respetuosa?*, el 87% de los usuarios manifiestan que cuando alguna vez les preguntan, sí que lo hacen de una forma respetuosa, pero hay un 10% que no se siente respetados siendo, al parecer, el motivo principal el mal carácter de algún profesional lo cual, a su vez, lo achacan a las prisas con las que trabajan; este 10% coincide con los usuarios más demandantes de atención. Se plantea supervisar de una forma más exhaustiva a los profesionales.

Y haciendo referencia a la última pregunta, *¿Alguna vez se ha sentido incómodo?*, un 23% ha contestado que sí, de los cuales el 43% de los casos es porque a las usuarias que son mujeres no les gusta ser atendidas por profesionales que sean hombres ya que les da pudor, y el 57% es debido nuevamente al mal carácter de algún profesional. Para intentar solucionar estas incidencias, además de supervisar a los profesionales, se plantea cambiar las rutas de trabajo.

Participación:

El porcentaje de participación con respecto al total de usuarios (74) ha sido de un 41% pero con respecto al total de usuarios ingresados sin deterioro cognitivo (30) ha sido de un 100%.

Margen de error y nivel de confianza:

Respecto al margen de error tolerado y nivel de confianza que se ha indicado en el capítulo de la metodología, los resultados en esta encuesta a usuarios han sido los siguientes:

- El margen de error tolerado ha sido de un 0% ya que han participado el 100% de los usuarios seleccionados bajo el único criterio de ser usuarios sin deterioro cognitivo.
- El nivel de confianza, por el motivo anterior, ha sido de un 100%.

Encuesta a usuarios: marzo 2014

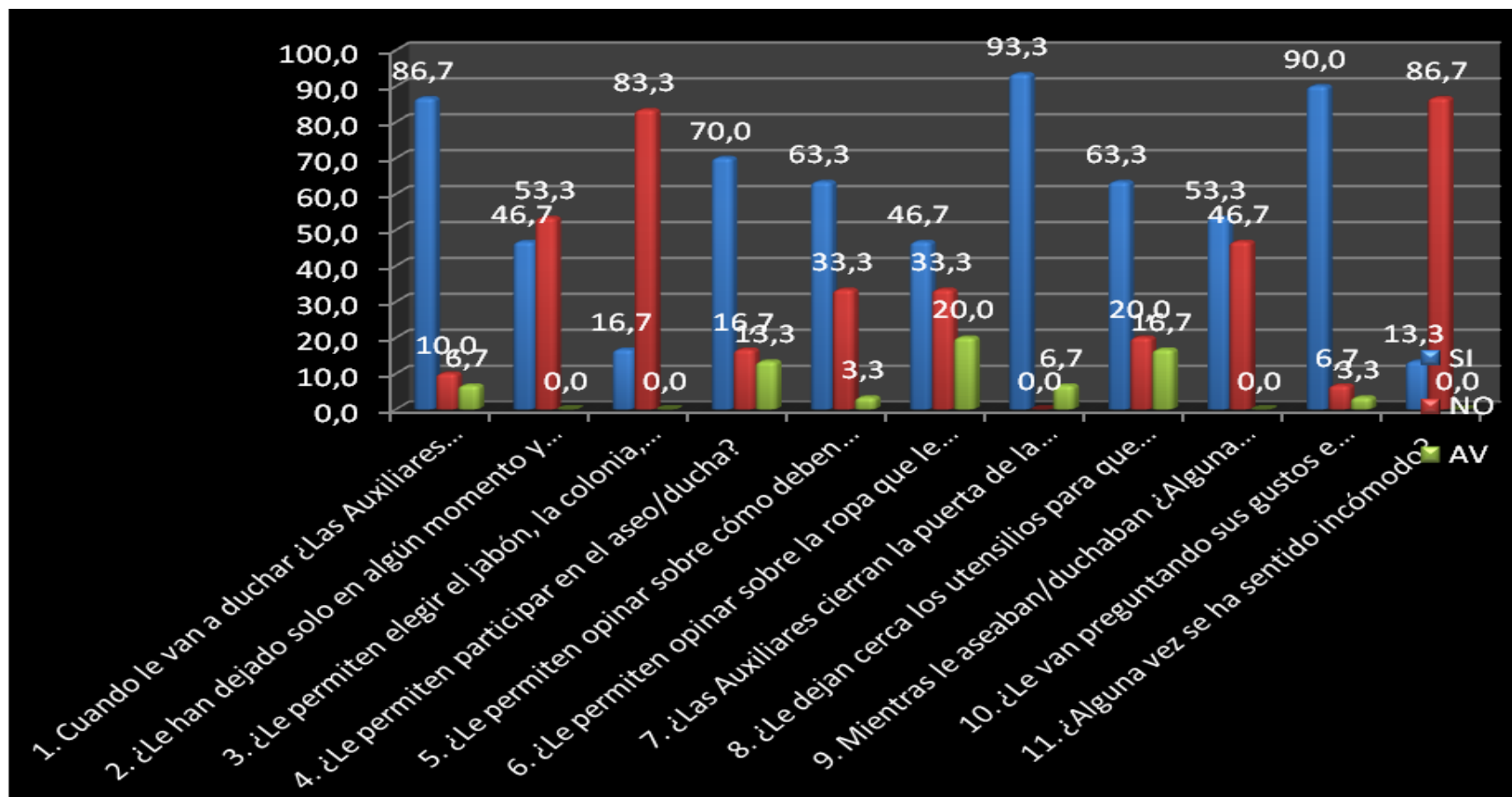


Gráfico 4. Resultados de las encuestas a usuarios en marzo 2014.
Fuente: elaboración propia.

Observaciones de la encuesta a usuarios de marzo de 2014:

Se continúa con el mismo modelo y cuestiones que las planteadas en diciembre de 2013.

Respecto al primer ítem, *Cuando le van a duchar ¿Los auxiliares tienen todos los utensilios preparados?*, se comprueba que, tras la reunión y curso impartido a auxiliares y enfermeros el pasado 17/12/2013 sobre las guías de buenas prácticas y las correspondientes modificaciones de las instrucciones de trabajo en el mes de enero, se ha mejorado ya que en esta ocasión solo un 16.7% indica que todavía los auxiliares cuando van a asearles no tienen todos los utensilios preparados. No obstante, se va a continuar supervisando a los profesionales y quienes no cumplan con lo estipulado en el protocolo, se procederá a amonestarles. En el siguiente ítem que está relacionado con el anterior, *¿Le han dejado solo en algún momento y luego han vuelto?* En los casos que han manifestado que sí, hemos bajado con respecto a las anteriores encuestas de un 70% a un 46.7% siendo los principales motivos que exponen los siguientes: porque otros usuarios reclaman atención especial, por alguna urgencia, porque continúan sin subir todos los utensilios necesarios, etc.; si bien es cierto, que en este trimestre se dio el caso y la consecuente queja verbal de una familia, ya que una usuaria se quedó sola mientras la profesional iba a buscar toallas sufriendo esta una caída debido a que se la dejó en el borde de la cama sin ningún tipo de seguridad, se procedió de inmediato a amonestar a dicho profesional.

Respecto al tercer ítem, *¿Le permiten elegir el jabón, la colonia, las cremas, etc.?* Apenas existe variación con respecto a la primera encuesta de diciembre ya que la mayoría continúa contestando que no les permiten elegir dichos productos pero porque en el centro les entregamos gratuitamente los que nosotros compramos sin tener necesidad de comprar ellos otros distintos.

En la cuarta pregunta, *¿Le permiten participar en el aseo/ducha?* Se ha observado también una mejoría ya que el 70% de los usuarios manifiesta participar, es por ello, que pese a haberles impartido otro curso a los profesionales muy reciente a la fecha de las encuestas sobre “La importancia de la motivación en los usuarios de centros residenciales para alcanzar mayor autonomía” ha merecido la pena ya que empiezan a ser conscientes de la importancia que tiene para todos el dejarles participar y colaborar a los propios usuarios. A la vez, el quinto ítem, *¿Le permiten opinar sobre cómo deben hacerlo?* Hemos pasado a más de un 63% de usuarios que manifiestan que sí se les permite opinar pero no porque antes no les dejaran opinar, si no porque ahora, las profesionales les están preguntando constantemente cómo les gusta que les asean y cómo ellos lo hacían antes en sus casas, este detalle, lo valoran muy positivamente porque el simple hecho de que se les de conversación y se les explique lo que van haciendo les gusta y les es agradable. Y en relación con estas dos preguntas, la octava, *¿Le dejan cerca los utensilios para que usted pueda acceder a ellos y colaborar en el aseo?* Ha mejorado en la misma proporción indicando los usuarios que ahora los auxiliares les ofrecen los utensilios por si ellos mismos quieren o les apetece participar. Se puede apreciar, sin lugar a dudas, que la formación que han recibido en este primer trimestre los profesionales, ha hecho que comiencen a mejorar los resultados.

Haciendo referencia al sexto ítem, *¿Le permiten opinar sobre la ropa que le gusta o desea ponerse hoy?*, apenas existe mejoría, hay que tener en cuenta el tiempo del que disponen los auxiliares, por desgracia, no es todo aquel que quisieran.

Respecto a la séptima pregunta, *¿Los auxiliares cierran la puerta de la habitación y del baño para realizarle el aseo?*, se observa una importante mejoría ya que más del 93% de los usuarios contestan afirmativamente lo cual quiere decir que prácticamente se ha cumplido con el objetivo de la misma. Si bien es cierto, que en la primera reunión que se mantuvo con los auxiliares donde se mostraron los primeros resultados de las encuestas del pasado mes de diciembre, se reflexionó bastante sobre la importancia de la intimidad, además, para llegar a estos resultados, en los meses de enero y febrero, el supervisor ha controlado que durante las duchas las puertas estuviesen cerradas para generar un hábito de costumbre y, evitar amonestaciones. Los usuarios han valorado esta acción muy positivamente.

En el noveno ítem, *Mientras le aseaban/duchaban ¿Alguna vez han llamado por teléfono al auxiliar o ha interrumpido otra profesional/persona?*, se ha observado una pequeña mejoría también ya que hemos pasado del 60% de afirmaciones al 53%. De los usuarios que contestaron que sí a esta pregunta, en esta ocasión, la mayoría (el 71%) manifiesta haber sido porque ha entrado otro trabajador, el resto (el 29%) por interrupciones telefónicas, como se puede observar, por este último motivo, ha bajado el porcentaje ya que en el mes de febrero la empresa aprobó disponer de más teléfono inalámbricos (DEC), uno por cada pasillo y planta para una mejor comunicación, con esta medida, no evitaremos las interrupciones por llamadas, pero sí el que tengan que subir y bajar los auxiliares de plantas perdiendo tiempo e interrumpiendo en otras habitaciones en las que se pueda encontrar el trabajador a la que va dirigida la llamada, además, se evitará que dejen solo a los usuarios con los riesgos que ello conlleva lo cual ha sido muy valorado por todos (usuarios, familia y trabajadores). Por otro lado, dado que solo existe recepción de lunes a viernes, se va a proceder a valorar próximamente con gerencia el tener también en el fin de semana para evitar que las llamadas externas tengan que ser atendidas por los auxiliares o los enfermeros.

Haciendo referencia a la décima pregunta, *¿Le van preguntando sus gustos e implicando en el aseo de una forma respetuosa?*, apenas existen cambios significativos. Los usuarios que siguen contestando que no se sienten respetados a veces, siguen manifestando que se debe al mal carácter de algún profesional debido a las prisas o el agobio con el que trabajan. Se vuelven a quejar los más demandantes y lógicamente los que físicamente son más dependientes.

Y respecto al último ítem, *¿Alguna vez se ha sentido incómodo?*, se ha conseguido descender el porcentaje de usuarios que alguna vez se han sentido incómodos ya que en el caso de las pocas usuarias (3 en total) que les daba pudor que les aseasen o bañasen auxiliares varones, se ha podido cambiar la Instrucción de Trabajo para que siempre sean aseadas o duchadas por profesionales mujeres. Tanto la familia como el propio usuario manifiestan su agradecimiento por tenerlo en cuenta y solucionarlo.

Participación:

El mismo porcentaje de participación que en la anterior encuesta ya que con respecto al total de usuarios (74) ha sido de un 41% pero con respecto al total de usuarios ingresados sin deterioro cognitivo (30) ha sido de un 100% la participación.

Margen de error y nivel de confianza:

Respecto al margen de error tolerado y nivel de confianza que se ha indicado en el capítulo de la metodología, los resultados en esta encuesta a usuarios han sido los siguientes:

- El margen de error tolerado ha sido de un 0% ya que han participado el 100% de los usuarios seleccionados bajo el único criterio de ser usuarios sin deterioro cognitivo.
- El nivel de confianza, por el motivo anterior, ha sido de un 100%.

Encuesta a usuarios: junio 2014

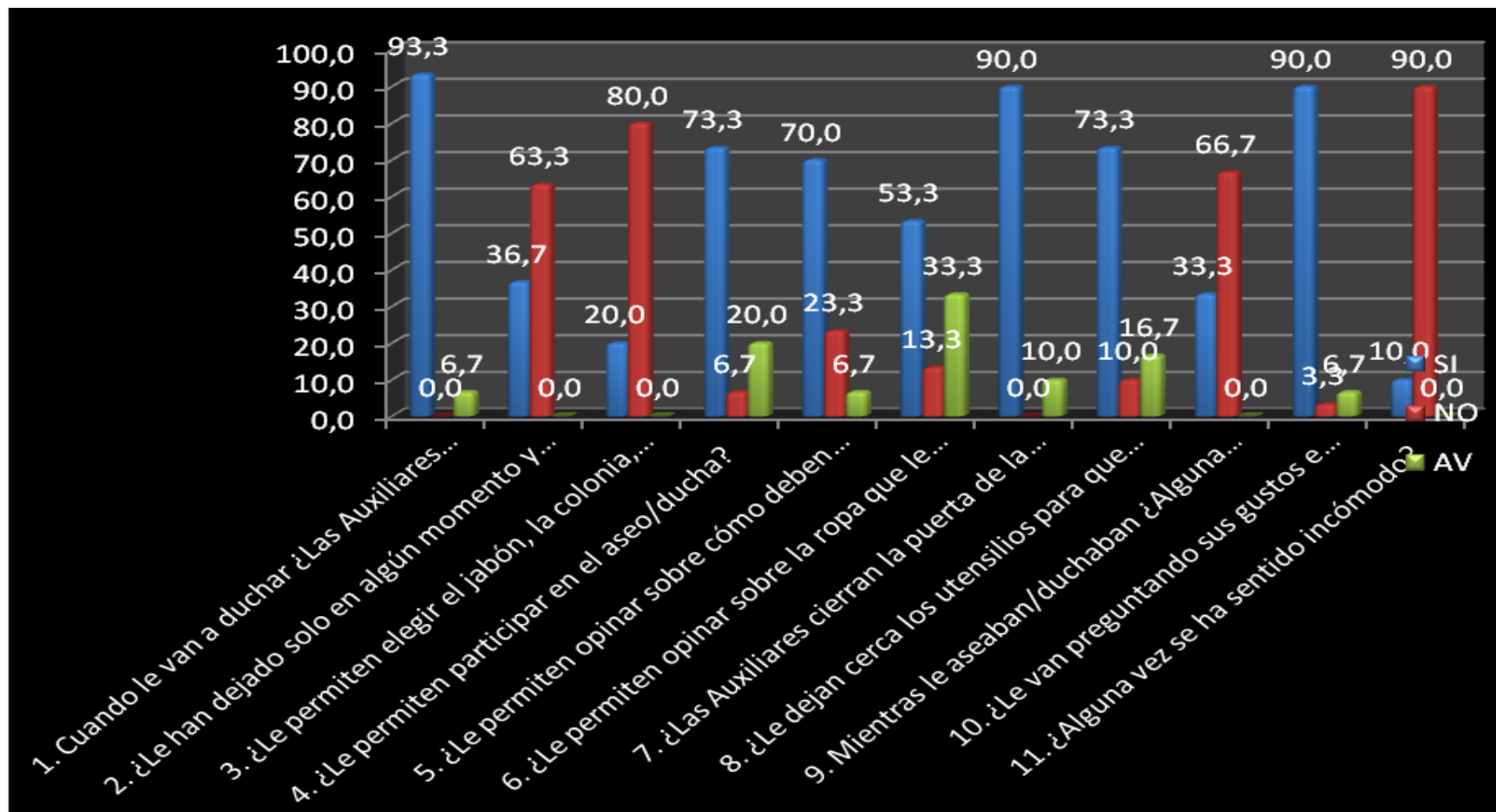


Gráfico 5. Resultados de las encuestas a usuarios en junio 2014.
Fuente: elaboración propia.

Observaciones de la encuesta a usuarios de junio de 2014:

Se continúa con el mismo modelo y cuestiones que las planteadas en los anteriores meses. En esta ocasión, más que observar mejoras importantes, observaremos que, en la mayoría de los casos, los resultados se van manteniendo o mejorando pero ya de una forma más discreta.

Respecto al primer ítem, *Cuando le van a duchar ¿Los auxiliares tienen todos los utensilios preparados?*, se continúan mejorando los resultados alcanzando ya más del 93% de afirmaciones. Los tres usuarios que continúan indicando que a veces no tienen todo preparado una de ellos indica textualmente “por h o por b, algo les falta a veces”, coincide que es uno de los usuarios más exigentes y demandante de atención; continuaremos trabajando e intentando mejor pero con determinados usuarios va a ser complicado. Haciendo referencia al segundo ítem, *¿Le han dejado solo en algún momento y luego han vuelto?*, pese a ir mejorando los resultados ya que las afirmaciones se han reducido ya al 36.7%, los únicos motivos que indican son: porque otros usuarios reclaman una atención repentina por algún motivo, normalmente, por alguna urgencia. Resulta complicado también, por no decir imposible, evitar estas incidencias.

En la tercera pregunta, *¿Le permiten elegir el jabón, la colonia, las cremas, etc.?*, apenas existe variación con respecto a las anteriores encuestas.

En la cuarta pregunta, *¿Le permiten participar en el aseo/ducha?*, se continúa mejorando los resultados, parece que los profesionales entienden la importancia de motivar y estimular al usuario ya que, cuanto más se les permita participar y colaborar, menor será su dependencia. Es por ello, que en los resultados de la quinta pregunta, *¿Le permiten opinar sobre cómo deben hacerlo?* como de la octava, *¿Le dejan cerca los utensilios para que usted pueda acceder a ellos y colaborar en el aseo?*, se ha observado que continúan mejorando con respecto a las anteriores encuestas.

En la sexta pregunta, *¿Le permiten opinar sobre la ropa que le gusta o desea ponerse hoy?*, leve mejoría con respecto a la encuesta del trimestre anterior.

Respecto a la séptima pregunta, *¿Los auxiliares cierran la puerta de la habitación y del baño para realizarle el aseo?*, prácticamente se mantienen los buenos resultados ya alcanzados en la vez anterior.

Haciendo referencia al noveno ítem, *Mientras le aseaban/duchaban ¿Alguna vez han llamado por teléfono al auxiliar o ha interrumpido otra profesional/persona?*, continúa mejorando ya que reducimos al 33% las afirmaciones. Los motivos de las interrupciones, siguen manifiestan los propios usuarios que son o bien porque otro trabajador ha entrado a la habitación para ayudar a terminar con los levantes o bien por urgencias o llamadas de teléfono. Respecto a las llamadas, debido a que desde este mismo 1 de junio ya se contrata recepción también durante los fines de semana, hará que se reduzcan considerablemente ya que hasta entonces estaban desviadas al teléfono de auxiliares y enfermeros. Se prevé una notable mejoría inmediata de este ítem.

Respecto al décimo ítem, *¿Le van preguntando sus gustos e implicando en el aseo de una forma respetuosa?*, se mantiene los buenos resultados alcanzados en la anterior encuesta de marzo.

Y en el último ítem, *¿Alguna vez se ha sentido incómodo?*, leve mejoría con respecto a la anterior encuesta ya que se alcanza el 90% de usuarios que no se han sentido incómodos. El 10% que sí que manifiesta haberse sentido incómodo, algunos manifiestan más bien haberse sentido agobiados sobre todo a la hora de ser acostados por las prisas, no por los trabajadores; llevan mal el ser acostados en estos meses de verano cuando todavía es de día. Debido a la imposibilidad de retrasar más las cenas las cuales son a las 20:30 horas, se les da la posibilidad de acostarse más tarde.

Participación:

El mismo porcentaje que en las anteriores encuesta, ya que con respecto al total de usuarios (74) ha sido de un 41% pero con respecto al total de usuarios ingresados sin deterioro cognitivo (30) ha sido de un 100%.

Margen de error y nivel de confianza:

Respecto al margen de error tolerado y nivel de confianza que se ha indicado en el capítulo de la metodología, los resultados en esta encuesta a usuarios han sido los siguientes:

- El margen de error tolerado ha sido de un 0% ya que han participado el 100% de los usuarios seleccionados bajo el único criterio de ser usuarios sin deterioro cognitivo.
- El nivel de confianza, por el motivo anterior, ha sido de un 100%.

Encuesta a usuarios: diciembre 2014

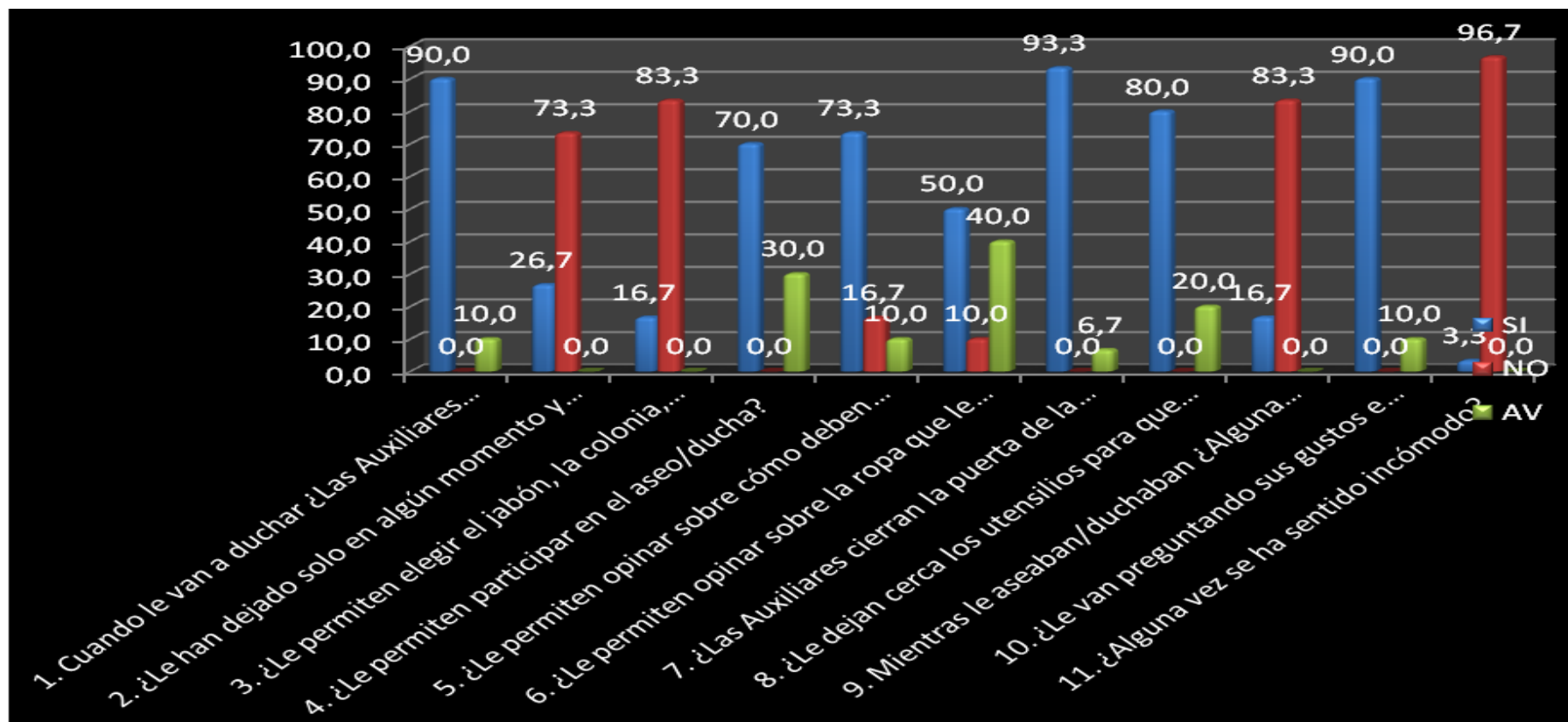


Gráfico 6. Resultados de las encuestas a usuarios en diciembre 2014.

Fuente: elaboración propia.

Observaciones de la encuesta a usuarios de diciembre de 2014:

Se continúa con el mismo modelo y cuestiones que las planteadas en los anteriores meses. Continuaremos observando leves mejorías pero también algunos resultados que han podido variar desfavorablemente por determinadas circunstancias.

Respecto al primer ítem, *Cuando le van a duchar ¿Los auxiliares tienen todos los utensilios preparados?*, pese a que ha descendido en 3 puntos las afirmaciones, podemos decir que los resultados se mantienen ya que los usuarios que al parecer siguen indicando que a veces no tienen todos los utensilios preparados, es solo a veces y no siempre. Se retomará una supervisión directa de esta acción sobre los profesionales que la desarrollan.

Haciendo referencia a la segunda pregunta, *¿Le han dejado solo en algún momento y luego han vuelto?*, continúa mejorando reduciendo casi a un 26% los que afirman que esto continúa sucediendo. Estos resultados, resultan complicados mejorarlos más aún si cabe ya que, debido a las situaciones de urgencias, es inevitable que un compañero de trabajo acuda a ayudar al otro pero, siempre se tiene en cuenta ya dejar al usuario que se quede solo con las medidas de seguridad correspondientes. No ha vuelto a ocurrir algo similar a lo detectado en este mismo ítem en la encuesta de marzo, tal vez la queja y la correspondiente amonestación nos sirvió para reflexionar y corregir el error para que no volviese a suceder.

El tercer ítem, *¿Le permiten elegir el jabón, la colonia, las cremas, etc.?*, continúa sin variaciones relevantes.

Respecto al cuarto ítem, *¿Le permiten participar en el aseo/ducha?*, ha descendido en 3 puntos los que afirmaban el poder participar en tal acción, pasando esos tres puntos a la respuesta de *a veces*; el motivo principal es que, a lo largo de este año, ha habido usuarios que, debido a sus patologías, han incrementado el grado de dependencia y ya no pueden participar tanto como les gustaría ya que, dado que ahora son más lentos, cuando se les permite participar, es cuando los profesionales cuentan con tiempo suficiente. En la quinta pregunta que está relacionada con la anterior, *¿Le permiten opinar sobre cómo deben hacerlo?*, se continúa con los buenos resultados alcanzados al igual que en la octava, *¿Le dejan cerca los utensilios para que usted pueda acceder a ellos y colaborar en el aseo?*, ello quiere decir que se continúa motivando a los usuarios para que colaboren y participen en lo que puedan.

Haciendo referencia al ítem sexto, *¿Le permiten opinar sobre la ropa que le gusta o desea ponerse hoy?*, ha descendido al 50% los usuarios que afirman el poder opinar sobre la ropa que les gusta, pasando a aumentar al 40% el que *a veces* lo puedan hacer. El motivo de esta variación de resultados, es a causa de que en el caso de una usuaria, la cual es ahora más dependiente físicamente, la ropa que antes se compraba y se ponía ella misma, ahora al estar en silla de ruedas, la familia es la que le compra la ropa llevando actualmente para vestir pantalones lo cual, pese a que protesta a su familia para que le traigan faldas, estos no lo hacen. Por todo ello, la causa no es que los profesionales del centro no le permitamos opinar, si no que la omisión de la opinión de la usuaria comienza en su propia familia.

En la séptima pregunta, *¿Los auxiliares cierran la puerta de la habitación y del baño para realizarle el aseo?*, los resultados continúan mejorando alcanzando ya más del 93% de usuarios que afirman que se cierran las puertas a la hora del aseo, no obstante, se continuará supervisando dicha acción.

Respecto a la novena pregunta, *Mientras le aseaban/duchaban ¿Alguna vez han llamado por teléfono al auxiliar o ha interrumpido otra profesional/persona?*, se observa una notable mejoría descendiendo de un 33%, en las pasadas encuestas, a un 16% de usuarios que continúan manifestando que esto sucede alguna vez, la razón fundamental de esta mejoría, es la incorporación de la figura de recepción durante todos los días de la semana. En los casos en los que se ha interrumpido, en esta ocasión ha sido por casos urgentes.

En el décimo ítem, *¿Le van preguntando sus gustos e implicando en el aseo de una forma respetuosa?* Se mantienen los buenos resultados sin variaciones relevantes.

Y en el último ítem, *¿Alguna vez se ha sentido incómodo?*, leve mejoría alcanzando ya casi el 97% de usuarios los cuales manifiestan no haberse sentido incómodos. El usuario que continúa manifestando padecer situaciones incómodas, se debe al mismo motivo que en anteriores ocasiones. Se podrá continuar supervisando el caso, pero hay que tener en cuenta las particularidades y demandas del usuario.

Participación:

El mismo que en las anteriores, el porcentaje de participación con respecto al total de usuarios (74) ha sido de un 41% pero con respecto al total de usuarios ingresados sin deterioro cognitivo (30) ha sido de un 100%.

Margen de error y nivel de confianza:

Respecto al margen de error tolerado y nivel de confianza que se ha indicado en el capítulo de la metodología, los resultados en esta encuesta a usuarios han sido los siguientes:

- El margen de error tolerado ha sido de un 0% ya que han participado el 100% de los usuarios seleccionados bajo el único criterio de ser usuarios sin deterioro cognitivo.
- El nivel de confianza, por el motivo anterior, ha sido de un 100%.

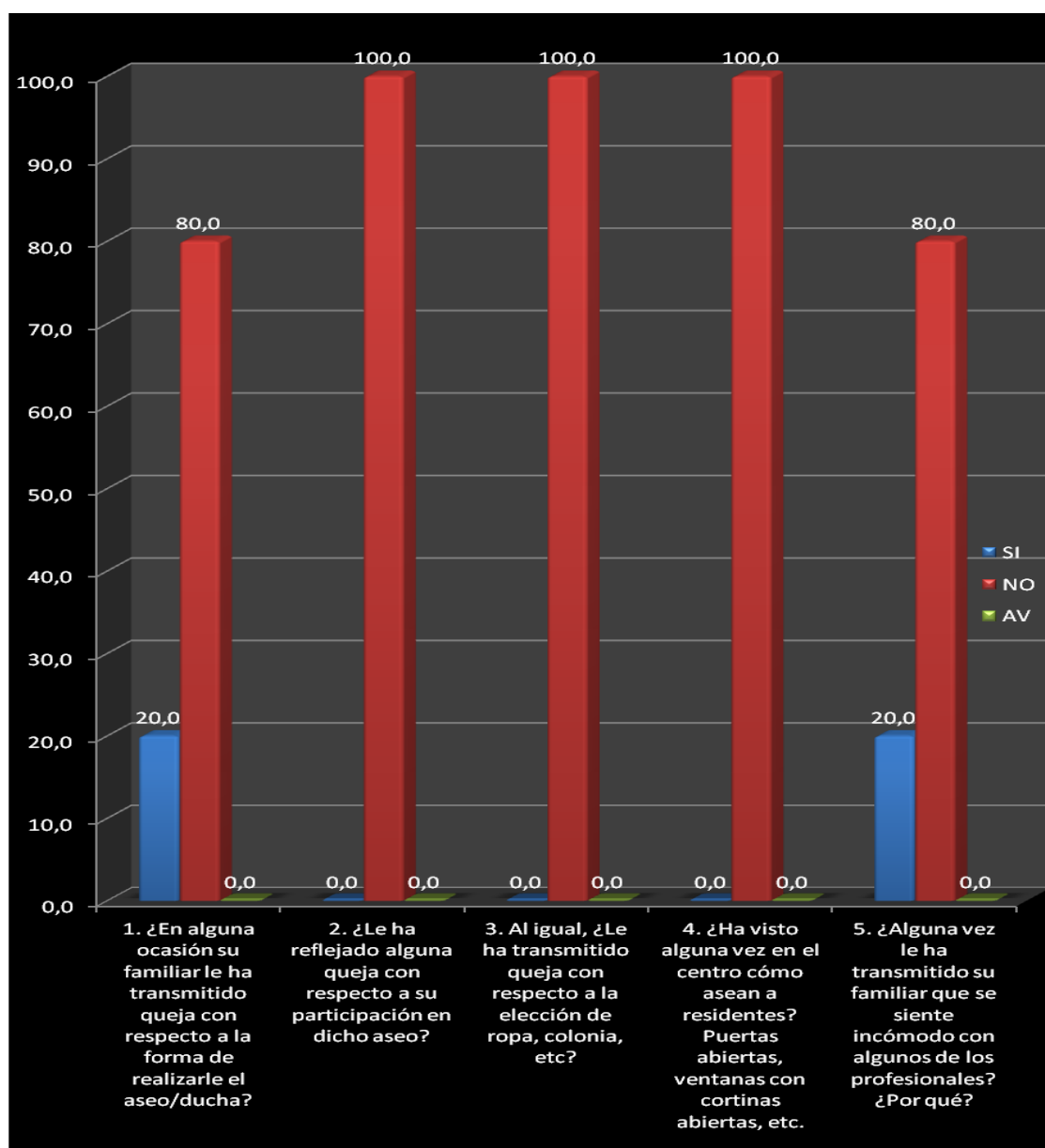


Gráfico 7. Resultados de las encuestas a familiares en diciembre 2013.

Fuente: elaboración propia.

Observaciones de la encuesta a familiares de diciembre de 2013:

Previamente, indicar que de las 5 preguntas/ítems dirigidas a los familiares, están divididas de la siguiente manera: las 3 primeras corresponden al bloque “Planificar con el usuario” y las 2 últimas a “Cuidando los entornos”.

Respecto al primer ítem, *¿En alguna ocasión su familiar le ha transmitido queja con respecto a la forma de realizarle el aseo/ducha?* La familia que ha contestado afirmativamente es debido a que su familiar, usuario de nuestro centro, les ha transmitido alguna vez que nota la diferencia de unos profesionales a otros. Por ello, que el quinto ítem, *¿Alguna vez le ha transmitido su familiar que se siente incómodo con algunos de los profesionales? ¿Por qué?* Esta misma familia lo relaciona con el

primero afirmando ser debido a la diferencia de unos profesionales y otros, sobre todo, respecto al carácter y motivación.

Haciendo referencia a la segunda pregunta, *¿Le ha reflejado alguna queja con respecto a su participación en dicho aseo?*, a la tercera, *Al igual, ¿Le ha transmitido queja con respecto a la elección de ropa, colonia, etc.?*, y a la cuarta, *¿Ha visto alguna vez en el centro cómo asean a usuarios? Puertas abiertas, ventanas con cortinas abiertas, etc.*, el 100% de las respuestas han sido negativas.

Participación:

Del total de familias de la residencia (74), el porcentaje de participación ha sido de un 7%, pero con respecto al total de familias con usuario ingresado sin deterioro cognitivo y que, por tanto, transmiten al familiar una opinión más veraz (30) ha sido de un 17% (porcentaje bajo).

Indicar que las encuestas se repartieron en mano; la gran mayoría no las entregaron justificando que veían bien este servicio.

Margen de error y nivel de confianza:

En esta encuesta a las familias: no ha sucedido lo mismo que con los usuarios ya que, tal y como se había previsto, no han participado el 100% de los familiares seleccionados bajo el único criterio de contar con familiares (usuarios de la residencia) sin deterioro cognitivo, los márgenes de error y nivel de confianza han sido los siguientes:

- Si la Población Total (N) es de 30 (familiares),
- La población de muestra (n) ha sido de 5 (familias que han participado)
- Y asumimos una probabilidad de éxito-fracaso del 50% y un nivel de confianza del 95%.
- El margen de error en esta ocasión ha sido de 40.7%

En base al margen de error fijado, según la recomendación de la empresa Qalia Management Consulting, debe estar entre un 10% y un 20%, es por ello, que debemos decir que el nivel de participación no ha sido en esta ocasión el adecuado como para obtener unos buenos y fiables resultados.

Encuesta a familias: marzo 2014

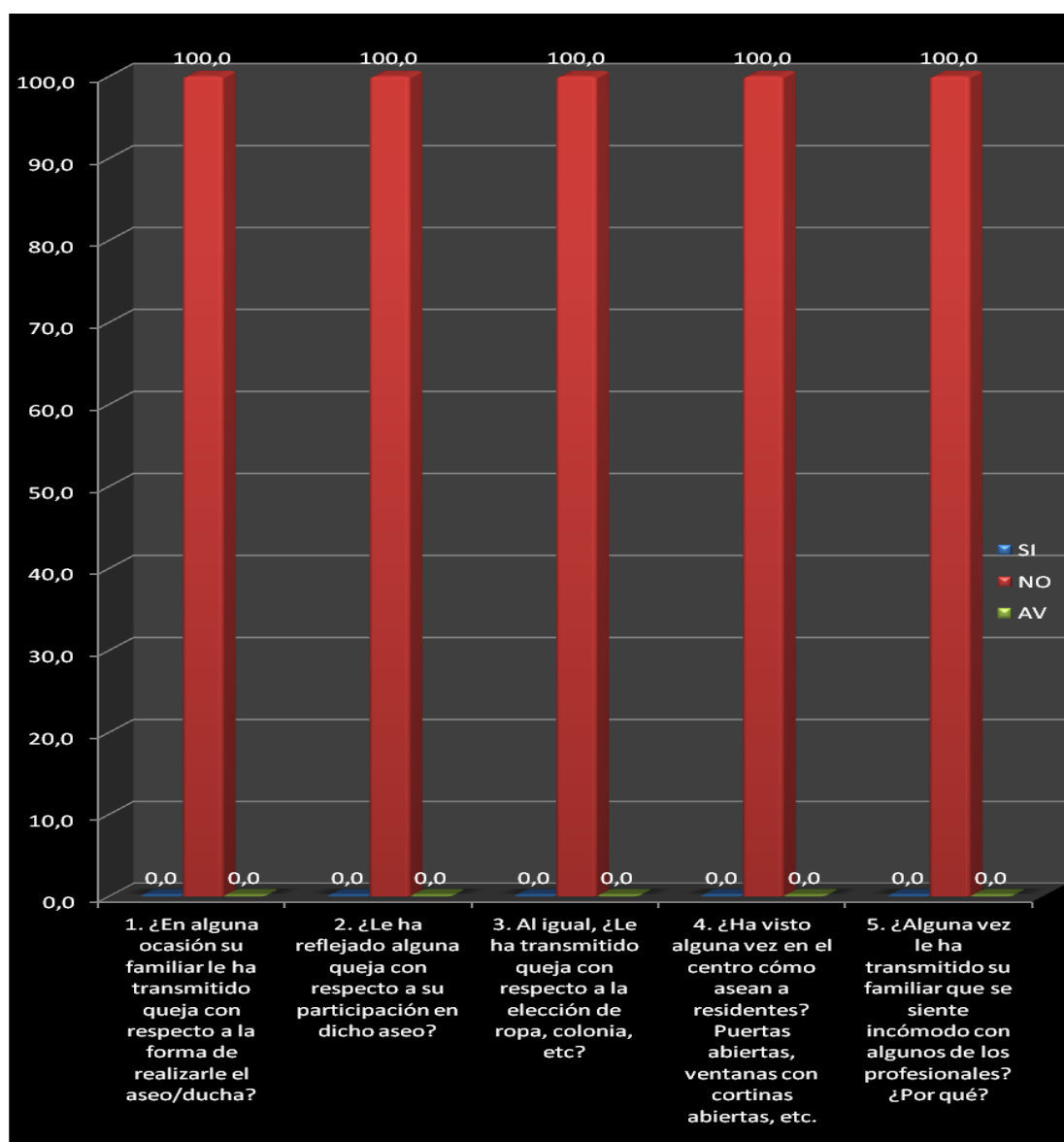


Gráfico 8. Resultados de las encuestas a familiares en marzo 2014.
Fuente: elaboración propia.

Observaciones de la encuesta a familiares de marzo de 2014:

Se continúa con el mismo modelo y cuestiones que las planteadas en el mes anterior.

Indicar que, de los escasos cuestionarios recibidos y completados por parte de las familias, en esta ocasión, el 100% de los familiares niegan lo expuesto en las cinco preguntas, es decir, que de sus familiares ingresados en el centro, últimamente no han recibido ningún tipo de queja, ni han observado un descuido en los entornos del centro ni son conscientes o conocedores de situaciones incómodas.

Participación:

Del total de familias de la residencia (74), el porcentaje de participación ha sido de un 4%, pero con respecto al total de familias con usuario ingresado sin deterioro cognitivo y que, por tanto, transmiten al familiar una opinión más veraz (30) ha sido de un 10% (porcentaje muy bajo).

En esta ocasión, el cuestionario se remitió por carta a los familiares y solo han sido devueltos tres.

Margen de error y nivel de confianza:

En esta encuesta a las familias: tampoco han participado el 100% de los familiares seleccionados bajo el único criterio de contar con familiares (usuarios de la residencia) sin deterioro cognitivo, es por ello, que los márgenes de error y nivel de confianza han sido los siguientes:

- Si la Población Total (N) es de 30 (familiares),
- La población de muestra (n) ha sido de 3 (familias que han participado)
- Y asumimos una probabilidad de éxito-fracaso del 50% y un nivel de confianza del 95%.
- El margen de error en esta ocasión ha sido de 54.6%.

Nuevamente, en base al margen de error fijado, según la recomendación de la empresa Qalia Management Consulting, que debe estar entre un 10% y un 20%, debemos indicar que el nivel de participación tampoco ha sido en esta ocasión el adecuado como para obtener unos buenos y fiables resultados.

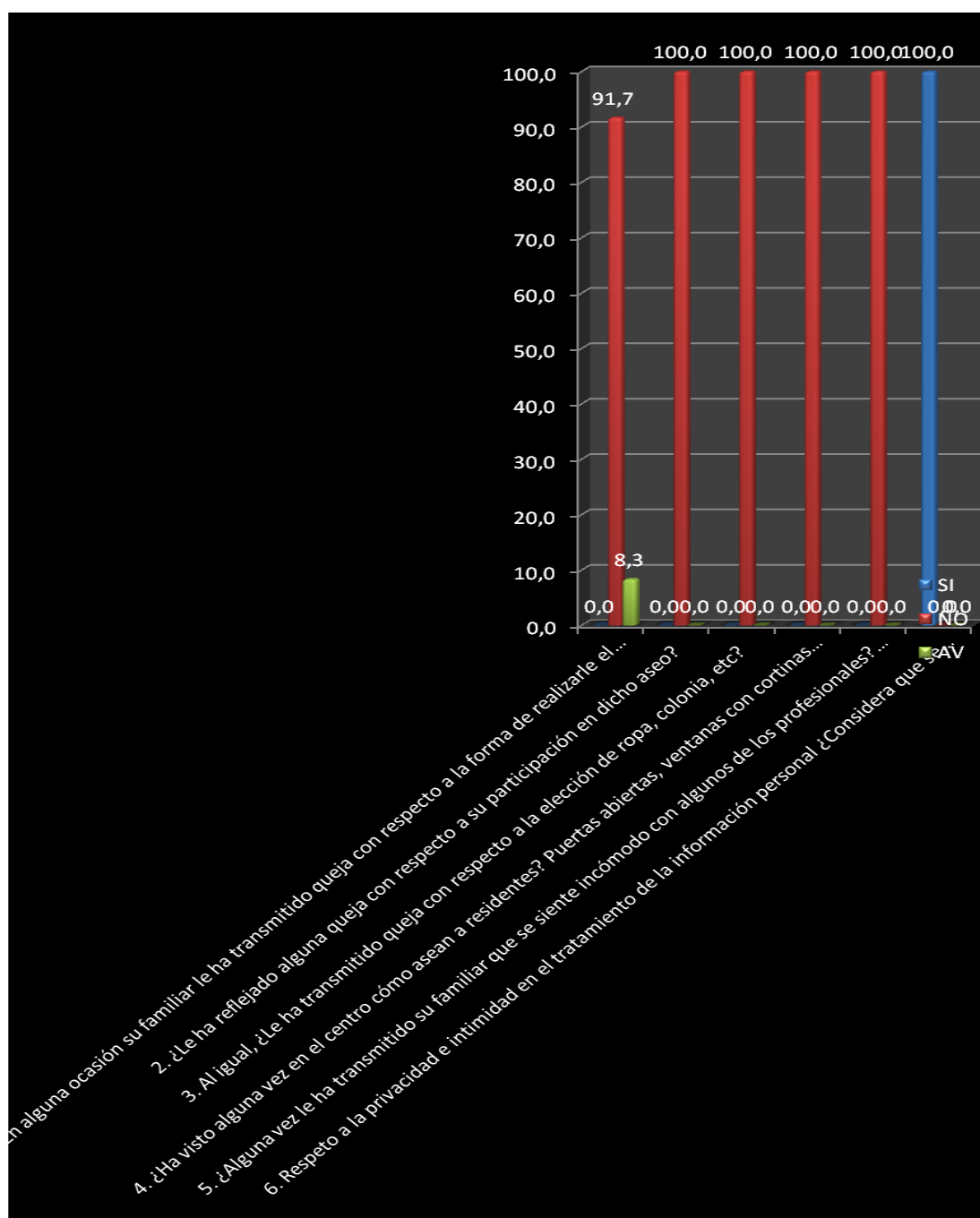


Gráfico 9. Resultados de las encuestas a familiares en junio 2014.

Fuente: elaboración propia.

Observaciones de la encuesta a familiares de junio de 2014:

Se continúa con el mismo modelo y cuestiones que las planteadas en los meses anteriores pero, además, se incluye una sexta pregunta correspondiente al bloque “*Tratamiento de la información personal*” la cual se considera interesante para poder valorar la privacidad y la intimidad que se ofrece con respecto al tratamiento de la información.

Pues bien, haciendo referencia a la primera pregunta, *¿En alguna ocasión su familiar le ha transmitido queja con respecto a la forma de realizarle el aseo/ducha?*, el 91.7% ha contestado que no, mientras que el 8.3% ha contestado que *a veces* sí por los siguientes motivos: le asean rápido a veces, todos los profesionales no son iguales y pese a que asean bien hay algunos que son en ocasiones “secos”.

Y respecto al resto de preguntas, aparentemente y según los resultados obtenidos, los datos son positivos ya que no se registra ninguna observación relevante. Si bien, pese a haber participado la mayoría de las familias seleccionadas en esta encuesta, es interesante profundizar sobre estos resultados, ya que, no concuerdan los registrados de los informantes directos (usuarios) con los registrados de los indirectos (familiares), procederemos a sacar posteriormente las conclusiones al respecto.

Participación:

Del total de familias del centro (74), el porcentaje de participación ha sido de un 32,4%, pero con respecto al total de familias con usuario ingresado sin deterioro cognitivo y que, por tanto, transmiten al familiar una opinión más veraz (30) ha sido de un 80%.

En esta tercera ocasión, la encuesta ha sido realizada telefónicamente por una empresa externa, Qalia Management Consulting.

Margen de error y nivel de confianza:

En esta encuesta a las familias: pese a haberse incrementado la participación considerablemente, no han participado el 100% de los familiares seleccionados bajo el único criterio de contar con familiares (usuarios de la residencia) sin deterioro cognitivo, es por ello, que los márgenes de error y nivel de confianza han sido los siguientes:

- Si la Población Total (N) es de 30 (familiares),
- La población de muestra (n) ha sido de 24 (familias que han participado)
- Y asumimos una probabilidad de éxito-fracaso del 50% y un nivel de confianza del 95%.
- El margen de error en esta ocasión ha sido de 9.1%.

En esta ocasión, en base al margen de error fijado, sí cumplimos con la recomendación de la empresa Qalia Management Consulting, la cual nos indica que este debe estar entre un 10% y un 20%.

Encuesta a familias: diciembre 2014

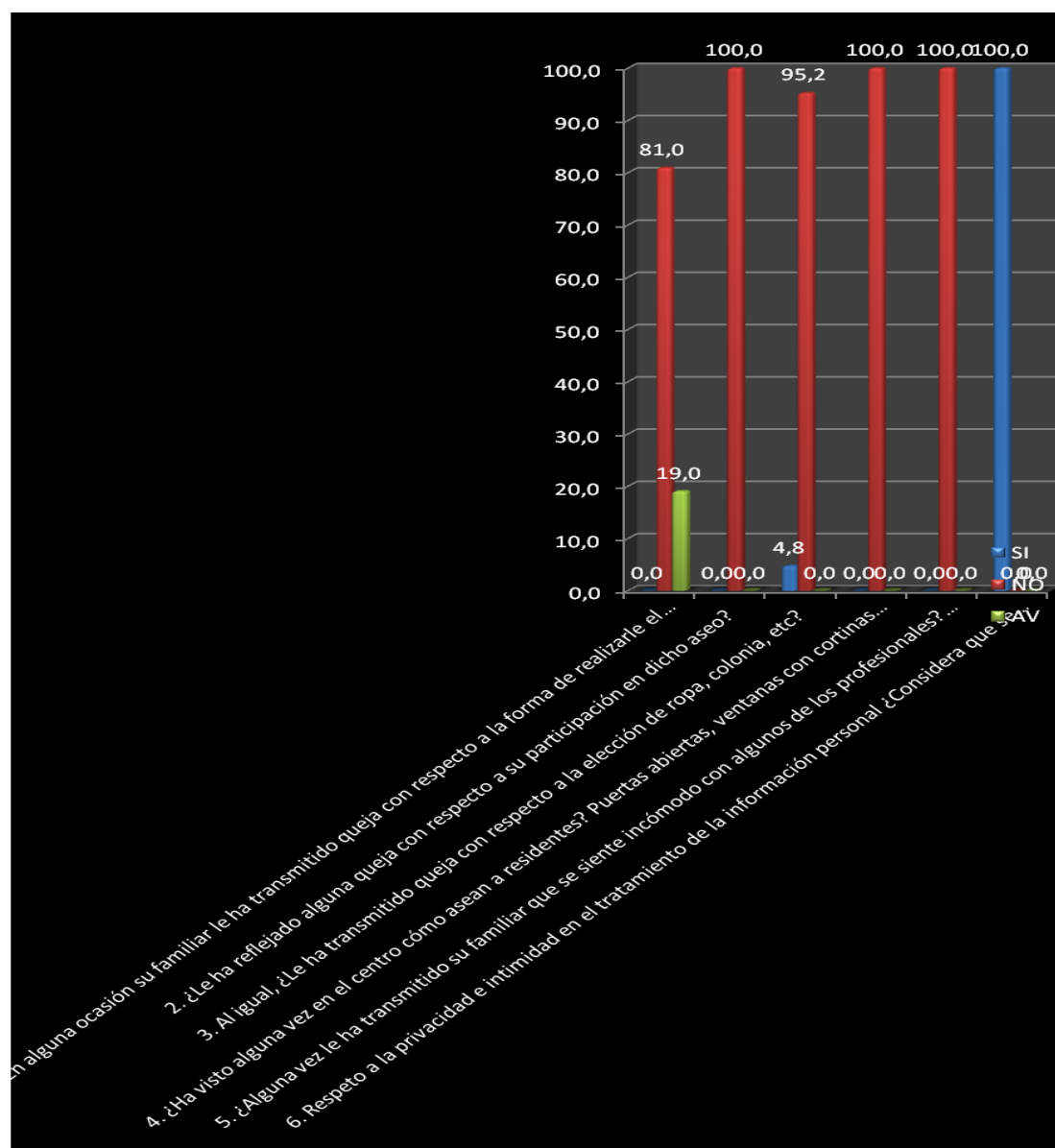


Gráfico 10. Resultados de las encuestas a familiares en diciembre 2014.

Fuente: elaboración propia.

Observaciones de la encuesta a familiares de diciembre de 2014:

Se continúa con el mismo modelo y cuestiones que las planteadas en el mes de junio.

Haciendo referencia a la primera pregunta, *¿En alguna ocasión su familiar le ha transmitido queja con respecto a la forma de realizarle el aseo/ducha?*, ha habido un pequeño incremento de familiares que han contestado que *a veces* pero no debido a cuestiones relacionadas con el aseo o el baño, sino más bien con las prisas a la hora de los traslados de las habitaciones, una vez que han sido aseados, a los comedores y salones y el agobio, que ello conlleva, a los propios profesionales. Actualmente, la empresa es conocedora de la poca funcionalidad que tiene la propia estructura del

edificio y, es por ello, que para este mismo año 2015 ya se tiene previsto comenzar unas obras en la primera planta y la planta baja para disponer de más habitaciones y salas haciendo un edificio más práctico y funcional evitando estos desplazamientos “a contrarreloj” contribuyendo a desarrollar un trabajo con menos prisas y agobios.

Haciendo referencia a la tercera pregunta, *Al igual, ¿Le ha transmitido queja con respecto a la elección de ropa, colonia, etc.?*, los resultados son muy satisfactorios pero, en esta ocasión, cabe reflejar una observación realizada por un encuestado el cual respondió afirmativamente a la pregunta indicando que el motivo se debía a que a su familiar ya se le ponía pantalón en vez de falda y eso no le gustaba a la usuaria, si bien, por parte del centro, se le hizo reflexionar a este familiar indicándole que ¿Por qué entonces ellos mismos traían pantalones y no faldas si el centro no se lo había reclamado así? Es interesante profundizar sobre este aspecto ya que, a veces, son los propios familiares los que no respetan la elección de los usuarios y no siempre son los centros.

Respecto al resto de preguntas, no hay observaciones relevantes, continúan los mismos resultados.

Participación:

Del total de familias del centro (74), el porcentaje de participación ha sido de un 28,4%, pero con respecto al total de familias con usuario ingresado sin deterioro cognitivo y que, por tanto, transmiten al familiar una opinión más veraz (30) ha sido de un 70%.

Esta vez, la encuesta ha sido realizada telefónicamente por personal del centro. En general, se observa un interés más bajo en la participación llegando a indicar, varias de las familias, que procedamos a señalar lo que ya manifestaron en las encuestas anteriores ya que no tienen nada nuevo que aportar.

Cabe señalar, que cuando más participación se ha alcanzado por parte de las familias, fue en la anterior ocasión cuando se realizaron dichas encuestas telefónicamente también, pero por una empresa externa la cual, lógicamente, no conocía ni mantenía relación previa con ningún familiar.

Margen de error y nivel de confianza:

En esta encuesta a las familias: tampoco han participado el 100% de los familiares seleccionados bajo el único criterio de contar con familiares (usuarios de la residencia) sin deterioro cognitivo, es por ello, que los márgenes de error y nivel de confianza han sido los siguientes:

- Si la Población Total (N) es de 30 (familiares),
- La población de muestra (n) ha sido de 21 (familias que han participado)
- Y asumimos una probabilidad de éxito-fracaso del 50% y un nivel de confianza del 95%.
- El margen de error en esta ocasión ha sido de 11.9%.

En esta ocasión, en base al margen de error fijado, también cumplimos con la recomendación de la empresa Qalia Management Consulting, la cual nos indica que este debe estar entre un 10% y un 20%.

Pues bien, como resumen de la evolución de las encuestas, podemos destacar que tras la obtención de los primeros resultados en diciembre de 2013, siendo algunos de ellos un tanto alarmantes y preocupantes, la movilización y disposición tanto de gerencia como del resto de profesionales que integran el centro, fue muy positiva ya que, para poder ir mejorando los resultados a lo largo del año 2014, se tuvieron que ir cumpliendo unos planes de acción que afectaban a prácticamente todos los profesionales y que consistieron en la aplicación, por ejemplo, de:

- Formación a los distintos profesionales para recordar la importancia de la intimidad, la privacidad, la motivación en el usuario, etc. Recalcar en este punto, que el disponer de un plan anual donde se tuvieron en cuenta y se integraron también cursos de formación e información sobre cuestiones éticas, fue un arma fundamental y un punto clave para ayudar a alcanzar y mantener los objetivos que se plantearon.
- Aumento de la supervisión, fundamental para vigilar que la teoría aprendida se aplicaba correctamente.
- Modificación de protocolos para evitar al máximo que los usuarios se quedasen solos en determinados momentos, cambio de rutas de trabajo para evitar el pudor o malestar de algunas usuarias con determinados profesionales, etc.
- Más recursos materiales como la nueva adquisición de teléfonos inalámbricos para mejorar la comunicación entre los profesionales reduciendo, a la vez, las salidas de estos de las habitaciones mientras atendían a sus correspondientes usuarios.
- Contratación de más personal, aprobado por gerencia sin tener la obligación por decreto debido al tamaño de nuestra residencia, contando con recepción también durante los fines de semana y festivos para, de este modo, evitar las interrupciones a los profesionales de atención directa (auxiliares de enfermería o enfermeros) por llamadas del exterior o del portero.
- Previsión para el año 2015/2016, aprobada también por gerencia, de la construcción de nuevas salas que harán más práctico y funcional el edificio, evitando situaciones de espera a los usuarios en ascensores y/o salones y prisas y agobios en los profesionales.

Por otro lado, respecto a las familias, se encontraron diversos problemas a la hora de:

- Conseguir su colaboración ya que como se ha podido observar, en las dos primeras encuestas que se les pasó, la primera entregada en mano y la segunda remitida por carta a sus domicilios, la participación fue muy baja entre un 17% y un 10%, por tanto, para la tercera encuesta se tuvo que cambiar la metodología y se aprobó, junto con gerencia, la contratación de una empresa externa para la recogida de datos telefónicamente, fue entonces cuando colaboró el 80% de las familias; esta misma técnica, se mantuvo para la última encuesta, con la diferencia de realizarla desde la propia residencia y con el personal del centro, la participación descendió pero se consideró aceptable ya que colaboraron un 70% de las familias.

- En la última encuesta, algunas de las familias se mostraban incluso “cansadas” de participar, cuestión que con los usuarios no ocurrió en ningún momento. Es interesante profundizar en que, aún en las encuestas que llegaron a participar el 80% y el 70% de las familias, no coincidieron o, mejor dicho, no concordaron los resultados obtenidos de los informantes directos (usuarios) con los de los indirectos (familias) ya que los datos que aportaron los usuarios fueron mucho más enriquecedores y críticos que los de sus propios familiares, lo cual, ha llevado a valorar o concluir las dos siguientes posibles causas:
 - O bien por falta de implicación y preocupación de los familiares por el usuario.
 - O bien porque el propio usuario no quiera preocupar a sus familiares evitando comentarles las situaciones que sí se atrevieron a manifestar en las encuestas.

Y como conclusión, se puede llegar a afirmar que la fuente de información más rica proviene del informante directo, es decir, del propio usuario, además, con respecto a la participación, hay que destacar que, a diferencia de lo ocurrido con las familias, en el caso de los usuarios, colaboraron el 100% de los seleccionados y con mucho interés en todas ellas ya que iban observando directamente las mejoras continuas realizadas por el centro, para favorecer su bienestar en el área que más les preocupaba y fomentar su satisfacción mejorando la calidad de los servicios ofrecidos.

5.3.2 Cuadro de mando integral de los tres procedimientos.

Pues bien, para poder plasmar y visualizar de una manera rápida y fácil los datos determinados como indicadores que se iban obteniendo tanto de la observación directa, como de las encuestas, se elaboró un cuadro de mando integral operativo seleccionando doce indicadores clave, correspondientes a los tres procedimientos que creamos tras determinar previamente que eran las áreas de mayor riesgo, estas fueron: la de confidencialidad y privacidad, la de consentimiento informado y la de derechos del usuario.

Tal y como hemos indicado, de estos tres procedimientos, se seleccionaron los siguientes indicadores clave:

- Del procedimiento de confidencialidad y privacidad:
 - Denuncias y reclamaciones: el dato se obtiene del registro de criterios de evaluación de cumplimiento ubicado en el propio procedimiento.
 - Porcentaje de usuarios que sí participan en el aseo: el dato se obtiene de las encuestas a usuarios.
 - Porcentaje de usuarios que se han sentido incómodos: el dato también se extrae de las encuestas a usuarios.
- Del procedimiento de consentimiento informado:
 - Denuncias y reclamaciones: el dato se obtiene del registro de criterios de evaluación de cumplimiento ubicado en el propio procedimiento.
 - No conformidades: el dato se extrae también de dicho registro.
 - Porcentaje de personal que ha firmado el manual de seguridad: también se extrae el dato del registro de criterios de evaluación de cumplimiento.

- Del procedimiento de no conformidades/derechos del usuario
 - Denuncias y reclamaciones: el dato se obtiene del registro de criterios de evaluación de cumplimiento ubicado en este procedimiento.
 - Porcentaje de usuarios a los que se les ha entregado el Reglamento de Régimen Interno (RRI): el dato se extrae de dicho registro también.

Para una mayor claridad, los indicadores clave se definieron para conocer con exactitud de dónde procede el dato. La elaboración de estas definiciones se consideran importantes ya que si estos resultados se quieren comparar con los resultados obtenidos en otro centro, ambas instituciones, tienen que tener claro el qué medir y cómo. Por ello, se exponen a continuación las definiciones:

- Denuncias y reclamaciones: número de denuncias o número de reclamaciones realizadas bien por familiares o bien por los propios usuarios del centro.
- Porcentaje de usuarios que participan en el aseo: es el resultado obtenido de dividir el número de usuarios sin deterioro cognitivo que participan/colaboran en el aseo del total de usuarios sin deterioro cognitivo del centro y multiplicado por cien.
- Porcentaje de usuarios que se han sentido incómodos: es el resultado obtenido de dividir el número de usuarios sin deterioro cognitivo que se han sentido incómodos en el aseo del total de usuarios sin deterioro cognitivo del centro y multiplicado por cien.
- No conformidad: es el incumplimiento de un requisito tanto normativo como de la propia organización. Debe llevar acciones asociadas correctivas. Se incluyen las quejas de los usuarios.
- Porcentaje de personal que ha firmado el manual de seguridad: es el resultado obtenido de dividir el número de profesionales que ha firmado el manual de seguridad del total de personal contratado y multiplicado por cien.
- Porcentaje de usuarios con consentimiento informado de sujeciones: es el resultado obtenido de dividir el número de usuarios, o en su defecto, tutores legales que han firmado el consentimiento informado (C.I) del total de usuarios con sujeciones y multiplicado por cien.
- Porcentaje de usuarios con C.I para ceder datos a terceros: es el resultado obtenido de dividir el número de usuarios que han firmado el C.I. para ceder datos (farmacia, peluquería, etc.) del total de usuarios y multiplicado por cien.
- Porcentaje de usuarios con C.I para ceder datos iconográficos: es el resultado obtenido de dividir el nº de usuarios que han firmado el C.I para ceder datos iconográficos (fotos, vídeos, etc.) del total de usuarios y multiplicado por cien.
- Porcentaje de usuarios a los que se les ha entregado el RRI: es el resultado obtenido de dividir el número de usuarios a los que se les ha entregado el RRI del total de usuarios y multiplicado por cien.

Por último, se planificaron los periodos de recogida de datos, en esta ocasión, los recogimos, al inicio, trimestralmente en los siguientes meses: diciembre de 2013, marzo de 2014 y junio de 2014. Posteriormente, se realizó una última recogida de datos pasados seis meses, es decir, en diciembre de 2014, para observar, por un lado, si se mantenían los resultados obtenidos en el mes de junio y, por otro lado, realizar una comparativa de estos últimos resultados con los del primer trimestre.

Tal y como se puede observar en el CMI, en diciembre de 2013, en concreto desde el día 5 de este mes, se comenzaron a recoger y plasmar los primeros datos los

cuales, no pudieron ser comparados ya que no existían datos suficientes anteriores; no obstante, nos pusimos a trabajar sobre los indicadores que no cumplían con el objetivo deseado marcado en este mismo CMI.

Pasado un trimestre, el 5 de marzo de 2014, comenzamos a reflejar los siguientes datos los cuales, reflejaban una mejoría considerable con respecto a los anteriores. Esto quiere decir, que todo lo que se había planificado y realizado desde diciembre hasta febrero (modificaciones de instrucciones de trabajo, nuevos registros y documentos, formación, aumento de la supervisión, etc.) comenzaba a ser fructuoso por los resultados alcanzados.

En el siguiente trimestre, se comenzó el 13 de junio a recopilar los siguientes datos en esta herramienta. Como se puede observar, los resultados no continuaban mejorando de la forma tan significativa como lo fue de diciembre a marzo, pero sí seguían en esta línea de una forma más discreta manteniendo o, en la mayoría de los casos, optimando levemente los resultados ya alcanzados en marzo.

Para finalizar, en esta ocasión, se dejaron pasar 6 meses para esta última recogida de datos llevándola a cabo desde el 15 de diciembre para:

- 1) Observar que, efectivamente, los resultados en general se habían mantenido estables; la mayoría se habían mantenido incluso alguno había mejorado, como ocurrió en el indicador de porcentaje de usuarios que se habían sentido incómodos el cual, se redujo y otros, por el contrario, como fue el caso en el indicador de porcentaje de usuarios que participaban en el aseo, empeoró levemente siendo el motivo principal el aumento de la dependencia a lo largo de este año de algunos de los usuarios seleccionados los cuales, no podían participar tanto como al inicio en tales tareas.
- 2) Realizar una comparativa con los resultados reflejados en diciembre de 2013, que, fue más que obvio la mejora considerable que se llevó a cabo a lo largo de este tiempo llegando a cumplir en un 92% con los objetivos marcados. Por ello que estamos satisfechos con los resultados alcanzados, pero sabemos que tenemos que mantenerlos y continuar mejorándolos.

CMI 2013/14	DICIEMBRE 2013	MARZO 2014	JUNIO 2014	DICIEMBRE 2014	OBJETIVO
CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD					
CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD EN EL ASEO Y CUIDADO					
DENUNCIAS Y RECLAMACIONES	0	1	0	0	0
% DE USUARIOS QUE SI PARTICIPAN EN EL ASEO (ENCUESTA)	56,7%	70%	73%	70%	70%
% DE USUARIOS QUE SE HAN SENTIDO INCÓMODOS (ENCUESTA)	23,3%	13,3%	10%	3,3%	0%
CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD DOCUMENTAL					
DENUNCIAS Y RECLAMACIONES	0	0	0	0	0
NO CONFORMIDADES	0	0	0	0	0
% DE PERSONAL QUE HA FIRMADO EL MANUAL DE SEGURIDAD	78%	100%	100%	100%	100%
CONSENTIMIENTO INFORMADO (C.I)					
DENUNCIAS Y RECLAMACIONES	0	0	0	0	0
% DE USUARIOS CON C.I. DE SUJECIONES	91%	91%	98,6%	100%	100%
% DE USUARIOS CON C.I. PARA CEDER DATOS A TERCEROS	73%	100%	100%	100%	100%
% DE USUARIOS CON C.I. PARA CEDER DATOS ICONOGRÁFICOS	73%	100%	100%	100%	100%
NO CONFORMIDADES. DERECHOS DEL USUARIO					
DENUNCIAS Y RECLAMACIONES	0	0	0	0	0
% DE USUARIOS A LOS QUE SE LES HA ENTREGADO EL RRI	4%	100%	100%	100%	100%

Tabla 35. Cuadro de mando integral de los tres procedimientos con mayor riesgo ético.

Fuente: elaboración propia.

“Los directivos, como los pilotos, necesitan de un instrumental que mida su entorno y su rendimiento para conducir el viaje hacia la excelencia futura.” Robert S. Kaplan y David P. Norton.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES. PROPUESTAS DE MEJORA Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Se considera que el grado de innovación de esta investigación presentada en el centro residencial “Virgen del Valle” y gestionada por la empresa “Gerontovalle” es de suma importancia ya que se puede comenzar a observar que, en este caso, esta empresa de carácter privado, comienza a preocuparse por la introducción de la reflexión moral en su modo de organización empezando por formar a profesionales en ética aplicada a la intervención social para, posteriormente, poder desarrollar y formar un comité de ética el cual comienza a funcionar en el año 2013 y, finalmente, durante el año 2014, autorizar y llevar a cabo esta investigación pionera, al menos, en este sector.

La empresa como tal apuesta y se dirige hacia la idea de que la confianza y el diálogo son las mejores armas para resolver los conflictos, requiriendo un clima de trabajo basado en la dinámica del diálogo, la participación y el acuerdo. Todo ello para que dicha confianza no solo sea posible de cara al exterior, sino también en el interior de la empresa. Hoy en día se considera que una empresa ética como ésta es la que sabe conectar sus beneficios a las expectativas sociales, sabe adaptarse a los cambios del entorno e incluso es capaz de adelantarse a ellos tomando decisiones prudentes y justas respetando el máximo los intereses implicados.

En el centro residencial de estudio se parte, por un lado, de un liderazgo transformacional donde gerencia y dirección figuran como coordinadores facilitando en todo momento el desarrollo de las personas y, por otro lado, de una “calidad ética” donde prima la “salud ética” para lo cual se ha requerido de la intención y el esfuerzo positivo desde la gerencia hasta todos y cada uno de los profesionales que integran el centro, formando un gran equipo y suponiendo ello, un afán de mejora de todos puesto al servicio del bien común y una mejora continua estando abiertos a un permanente cambio. En definitiva, el mayor grado de calidad ética existente en esta organización, viene determinado por el grado de compromiso con la ética de todos los trabajadores. Por otro lado, destacar de este centro el bajo nivel de rotación de personal, lo que ello se traduce en que brilla el interés, la motivación y el cuidado por la persona que trabaja en él, siendo este punto un elemento constitutivo fundamental.

En la investigación que nos ocupa se ha querido hacer frente al reto de la ética profesional desarrollando de algún modo más profundo la dimensión pragmática, sin dejar a un lado, por supuesto, ni la dimensión teleológica ni la deontológica de toda ética profesional. ¿Por qué se ha centrado en la pragmática? Porque contiene modos de ayudar a tomar decisiones ante situaciones difíciles mediante la aplicación de herramientas más concretas, diferentes a los códigos de ética, como por ejemplo, los comités de ética o auditorías éticas. Estas herramientas pueden ayudar a satisfacer, de algún modo más positivo, la demanda de muchos profesionales que no saben qué hacer o a qué o a quién recurrir ante situaciones conflictivas. Es por ello, que en esta investigación, se ha querido aplicar la auditoría ética propuesta por F.G. Reamer en un centro residencial para personas mayores, en concreto en la residencia “Virgen del Valle”, obteniendo resultados muy óptimos.

Pero es que, además, tras combinar varias herramientas, se ha logrado crear y aportar una nueva herramienta metodológica de diagnóstico y prevención capaz de medir el riesgo ético denominada MERE. Esta nueva herramienta se ha aplicado al

inicio de la auditoría ya que ayuda a detectar, de una manera más objetiva, las áreas con mayor riesgo ético pudiendo, a la vez, prever los efectos negativos que puedan ocurrir.

Pues bien, llegados a este punto, tal y como se ha señalado al inicio, en el año 2013, tras una previa formación, se puso en marcha en el centro residencial de estudio un comité de ética con el fin de deliberar sobre la moralidad de determinadas decisiones conflictivas. Este comité estaba formado por un grupo de personas de diferentes disciplinas siendo la mayoría trabajadores del centro y otros ajenos a él lo cual, hizo que las aportaciones fuesen más ricas y útiles sin ser éstas, en ningún caso, vinculantes.

A finales del año 2013 y principios de 2014, se comenzó a desarrollar esta investigación con la implantación de la auditoría ética propuesta por F.G. Reamer para: identificar los pertinentes problemas éticos en el puesto de trabajo, revisar y evaluar la eficacia de sus procedimientos actuales, diseñar una estrategia práctica para modificar procedimientos existentes según se necesitase y supervisar la implementación de la estrategia de control de calidad.

Pues bien, a lo largo de este año 2014, al inicio de la auditoría ética, se aplicó una nueva herramienta metodológica de diagnóstico y prevención de Medición de Riesgo Ético (MERE), creada para evaluar de un modo más objetivo el grado de desarrollo de prácticas, procedimientos y políticas dedicadas a la protección de los usuarios, puntuando cada uno de los ítems correspondientes a cada una de las 17 áreas propuestas por F.G. Reamer para, finalmente, según el número de priorización de riesgo (NPR) alcanzado, poder identificar las áreas con mayor riesgo ético; éstas fueron: confidencialidad y privacidad, consentimiento informado y derechos del usuario.

De este modo, posteriormente, se continuó con la elaboración de los planes de acción y cuadros de trazabilidades correspondientes a cada una de estas tres áreas con mayor riesgo ético y así, cumplir con uno de los objetivos propuestos el cual consistía en implantar la auditoría ética en el centro residencial "Virgen del Valle" para fomentar la satisfacción de los usuarios mejorando la calidad de los servicios ofrecidos. Es por ello que se debe constatar la contribución de este proyecto a la ética de la intervención social debido a que la implantación de esta herramienta en un centro sociosanitario es la primera vez que se lleva a cabo en España, lo cual puede resultar interesante para posteriores aplicaciones en otros centros ya que, los resultados alcanzados han resultado ser muy útiles y beneficiosos.

Pero esta auditoría ética, ya de por sí novedosa por la utilización de esta nueva herramienta de diagnóstico y prevención (MERE) se quiso mejorar integrando directamente con su participación a los usuarios del centro y sus familiares, ya que se consideró, desde un principio, que las preferencias que pudieran expresar podrían ser de una elevada importancia para construir su residencia ideal, es decir, "su casa". Efectivamente, en la práctica fue todo un éxito y un beneficio recíproco tanto para el centro como para los usuarios que depositaron su confianza en el centro gracias a algo tan importante como el escuchar sus sugerencias y propuestas para mejorar, corregir o modificar todo aquello que fuera necesario.

De este modo, se logró alcanzar también el segundo objetivo planteado en esta investigación, el cual consistía en perfeccionar la herramienta propuesta por F.G. Reamer teniendo en cuenta la opinión de los propios usuarios y familias; la herramienta

diseñada por Reamer está dirigida a conocer las opiniones de los profesionales que trabajan en la institución. Pues bien, en esta investigación se consideró que era de gran interés conocer también las opiniones de las personas usuarias del centro residencial así como de sus familiares, por lo que podría decirse que hemos ampliado y complementado la herramienta de Reamer. Todo ello con el objetivo de mejorar la calidad ética de la institución y del servicio prestado a las personas usuarias.

Es importante también destacar que, tanto para el área con mayor riesgo, como era la descrita anteriormente de confidencialidad y privacidad, como para las dos siguientes áreas de consentimiento informado y de derechos del usuario, se realizó un seguimiento de los datos que interesaban conocer plasmándolos en el denominado cuadro de criterios de evaluación de cumplimiento ubicados en cada uno de los procedimientos (se crearon tres procedimientos, uno por cada área con alto riesgo).

A su vez, dado que algunos datos correspondientes a cada procedimiento se consideraron claves, es decir, se consideraron indicadores clave, se extrajeron del cuadro de criterios de evaluación para registrarlos todos ellos en una herramienta simple pero eficaz como fue el Cuadro de Mando Integral (CMI) operativo con el fin de proporcionar una información más visual y periódica (trimestral al inicio y posteriormente semestral) sobre el nivel de cumplimiento de los objetivos de cada indicador clave los cuales, tras la implicación de todo el equipo profesional de la residencia por la mejora continua durante el año 2014, se pudieron cumplir con éxito en un 92%.

Estos resultados alcanzados, por un lado, generaron fortalecer la motivación del personal del centro por las mejoras alcanzadas y, por otro lado, reforzó la continuación de seguir trabajando en esta misma línea para intentar alcanzar la excelencia en lo que a calidad ética se refiere para, posteriormente, si procede, poderla alcanzar también en la calidad técnica.

Con todo ello, se puede concluir también, que se alcanzó el tercer objetivo consistente en evaluar la eficacia de la herramienta mediante la realización de un seguimiento exhaustivo tanto del plan implementado como de los datos recogidos en los periodos estipulados. Respecto a este seguimiento, cabe señalar que una vez que se vayan alcanzado los objetivos de los indicadores y los resultados se mantengan en el tiempo, consecutivamente, se puede continuar, generar y/o crear otros nuevos indicadores de interés en base a lo que se prosiga detectando, bien por los informantes directos (usuarios), indirectos (familia) o claves (profesionales). De este modo se continuará llevando a cabo un plan de acción de mejora continua encaminada a la excelencia.

Con respecto a la explicación previa del problema, es decir, a la hipótesis central presentada la cual consistió en afirmar que si el centro residencial llevaba a cabo una auditoría ética teniendo en cuenta la opinión de los usuarios y familias se podría observar en el plazo de un año mejoras considerables, se concluye, mediante los resultados obtenidos, su cumplimiento. Por otro lado, y para finalizar, se intuyó correctamente también una segunda hipótesis, consistente en que respecto a las áreas de riesgo propuestas por Frederic G. Reamer, la de más alto riesgo no solo sería la de confidencialidad y privacidad del usuario (con una puntuación en la MERE de 288 puntos) sino que también serían las del consentimiento informado (con una puntuación

en la MERE de 256) y las de derechos del usuario (con una puntuación en la MERE de 216).

Tras mostrar los resultados alcanzados, podemos concluir y afirmar, que el realizar una auditoría ética aplicando además, al inicio de la misma, la nueva herramienta creada de Medición de Riesgo Ético (MERE), es muy útil ya que ha servido para mejorar tanto la calidad de los servicios que se prestan como la calidad ética lo cual, implica de forma inmediata, un aumentando de la satisfacción y bienestar de todos los participantes (usuarios, familias y profesionales).

Para conseguir mantener estos óptimos resultados es fundamental tener en cuenta la mejora continua para asegurar la estabilidad de los procedimientos y la posibilidad de mejora y nuevos cambios; con esta actitud, sin duda, se logrará mantener la satisfacción alcanzada.

Para finalizar, también nos gustaría destacar algunas propuestas de mejora y líneas de investigación futuras que se abren a partir de los resultados obtenidos en esta tesis.

En cuanto a las propuestas de mejora, respecto a la participación en las encuestas de usuarios y familias, para próximos estudios habrá que contar, por supuesto, con la colaboración del usuario de forma presencial ya que en esta ocasión fue extraordinaria pero, en el caso de querer tener en cuenta también a la familia recogiendo su opinión mediante cuestionarios, éstos podrían ser realizados por una empresa externa o ajena al centro y de forma telefónica.

Será también fundamental contar con una plantilla de profesionales fija ya que para estos estudios, el informante clave será el profesional. Si son las mismas personas quienes componen el quipo del centro residencial a lo largo de todo el estudio, se logrará, por un lado, una mayor confianza con las familias y usuarios y, por otro lado, una estabilidad en la progresión del estudio lo cual facilitará el alcance de los objetivos propuestos.

Haciendo referencia a la herramienta de evaluación utilizada, CMI, si se desea obtener una información más detallada aún sobre el cumplimiento de los objetivos, los indicadores claves seleccionados en base a su relevancia podrían ser estudiados mensualmente planificando, paralelamente, más acciones ya sean formativas o de otro tipo.

Finalmente, respecto a las posibles líneas de investigación futuras que se abrirían a partir de esta tesis doctoral mencionamos las siguientes:

- Aplicación de la herramienta de Medición de Riesgo Ético (MERE) en otros centros sociosanitarios para, de algún modo, poder comenzar a realizar comparativas o aprendizajes respecto a otros, lo cual bien se puede denominar con el concepto actual benchmarking que no es otra cosa que un proceso continuo de seguimiento del buen hacer de otras empresas con el fin de poder integrar mejoras a la nuestra.
- Aplicación de la auditoría ética con la participación de los propios clientes (usuarios, familias) en otros centros sociosanitarios ya que podrá resultar

interesante comparar los resultados que se obtengan en centros, por ejemplo, donde el tipo de usuario que predomine no padezca ningún tipo de dependencia o únicamente padezca una dependencia moderada o severa u otro tipo. Según la tipología de los participantes, ya sea por el grado de dependencia, de formación, de edad, etc., puede ser probable que los resultados también varíen.

- Aplicación tanto de la herramienta de Medición de Riesgo Ético (MERE) como de la propia auditoría ética en varios centros sociosanitarios con características similares, ya sean del mismo grupo o de distintos, simultáneamente para la realización de un benchmarking más completo.
- Diseño de una aplicación web con la herramienta MERE para facilitar, de este modo, la medición del riesgo ético de las 17 áreas. Con la creación de esta aplicación que se propone, se considera que puede ser la manera de acercarnos y adaptarnos a las demandas actuales de los profesionales los cuales buscan herramientas prácticas y ágiles.

Para concluir, esperamos que con esta tesis doctoral hayamos contribuido, en primer lugar, a destacar la necesidad de la auditoría ética como una herramienta necesaria para mejorar la calidad ética de las instituciones sociales. A lo largo de este trabajo hemos mostrado su aplicación y eficacia en el caso concreto de la Residencia Virgen del Valle. Pues bien, esperamos que este trabajo pionero en el ámbito de la intervención social sirva como la punta de lanza para otras futuras auditorías éticas que se propongan en distintos centros sociosanitarios en España y que sirva también para extender el compromiso, no sólo con la calidad técnica, sino también con la calidad ética.

ANEXOS

Anexo I: traducción completa del libro “*The Social Work Ethics Audit. A Risk Management Tool*”. Frederic G. Reamer.

La Auditoría Ética en el Trabajo Social. Una Herramienta de Gestión de Riesgos Frederic G. Reamer

¿Por qué Realizar una Auditoría Ética?

Desde principios de los años ochenta ha habido un desarrollo del conocimiento del trabajo social ligado a la ética profesional. La bibliografía de trabajo social sobre el tema se ha expandido considerablemente en varias áreas clave: la naturaleza de los valores fundamentales del trabajo social y los conflictos entre los valores personales y profesionales; conflictos entre el deber y las obligaciones profesionales de los trabajadores sociales (dilemas éticos); toma de decisiones de forma ética; mala comportamiento ético y desgaste del trabajador social; y negligencia y riesgos de responsabilidad civil relacionados con la ética (estrategias para prevenir demandas alegando negligencia relacionadas con, por ejemplo, confidencialidad, consentimiento informado, intervenciones de trabajo social, cuestiones con las restricciones, y finalización de los servicios prestados). (Barker & Branson, 2000; Bernstein & Hartsell, 1998, 2000; Besharov, 1985; Bullis, 1995; Congress, 1998; Gambrill & Pruger, 1997; Houston-Vega, Nuehring, & Daguio, 1997; Loewenberg & Dolgoff, 1996; Reamer, 1990, 1994, 1999).

La Auditoría Ética en el Trabajo Social proporciona a los facultativos y centros una sencilla herramienta para examinar la ética de sus prácticas, políticas y procedimientos. *La Auditoría Ética en el Trabajo Social* se basa en los últimos conocimientos de la profesión para ayudar a los trabajadores sociales a mejorar los controles de calidad y promover la gestión de riesgos relacionados con la ética. El propósito principal de *La Auditoría Ética en el Trabajo Social* es proporcionar a los facultativos una práctica herramienta para ayudarles a

Identificar los pertinentes problemas éticos en su puesto de trabajo.

¿Específicamente, a qué riesgos éticos tienen que hacer frente los trabajadores sociales? ¿Existen problemas éticos que surgen únicamente a causa de los clientes, tratamientos, entorno laboral, diseño de programas o la estructura del personal

Revisar y evaluar la eficacia de sus procedimientos actuales. ¿Los procedimientos llevados a cabo abordan problemas éticos de peso? ¿Cómo de adecuadas son las prácticas, políticas y procedimientos actuales? ¿Qué cuestiones necesitan ser abordados?

Diseñar una estrategia práctica para modificar procedimientos actuales según se necesite. ¿Qué pasos necesita tomar el centro o hay que realizar durante el procedimiento para proteger a sus clientes, prevenir que alguna de las partes descontenta presente quejas por razones éticas a través de organizaciones públicas o privadas, y evitar denuncias de este tipo? ¿Quién durante el procedimiento o en el centro debe de trabajar para afrontar estos problemas? ¿Qué recursos necesitarán? ¿Cuál es el programa que deben de seguir?

Supervisar la implementación de esta estrategia de control de calidad. ¿Cómo pueden los facultativos asegurarse de que el plan de implementación se aplique de forma efectiva? ¿Qué indicadores pueden usar los miembros del

personal para valorar el grado en que se han cumplido los objetivos de la auditoría?

La Auditoría Ética en el Trabajo Social puede ser especialmente útil para los administradores del centro a los que preocupan las cuestiones éticas y derivadas de la gestión de riesgos. Los administradores de instituciones de servicios humanos (tales como agencias de servicios sociales, centros de salud mental comunitarios, hospitales, residencias de ancianos, escuelas y programas de tratamiento a nivel residencial) necesitan asegurar que los empleados sean conscientes de que los estándares éticos deben prevalecer con el fin de proteger a los clientes y evitar quejas y demandas por motivos éticos. Los clientes descontentos y otras partes (por ejemplo, familiares o conocidos de los clientes) pueden rellenar quejas por razones éticas a través de organizaciones públicas o centros privados (tales como la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales [NASW]). Estas quejas pueden conducir a sentencias formales y, si existen evidencias de violaciones éticas, a sanciones o al requerimiento de las medidas correctivas necesarias (por ejemplo, revocación o suspensión de licencias, incremento en la supervisión o colaboración, educación continua). Además, los clientes y terceras partes pueden presentar demandas contra trabajadores sociales o el centro alegando daños resultantes de la violación de los principios éticos. Estas demandas lo que suelen buscar son beneficios económicos alegando que por una negligencia o equivocación cometida por un trabajador social (por ejemplo, revelación inapropiada de información confidencial, relaciones sexuales con un ex-cliente, conflicto de intereses o aprovechamiento económico de un cliente) se causaron perjuicios o lesiones significativos (tales como sufrimiento emocional, pérdida de ingresos o gastos derivados de tratamiento mentales).

Adicionalmente, los administradores cuyos centros busquen acreditación, pueden usar *La Auditoría Ética en el Trabajo Social* como mecanismo de revisión de posibles problemas éticos y de las prácticas y políticas en la gestión de riesgos, para tener todo preparado cuando se realice la visita para la acreditación. La auditoría presenta a los administradores una manera muy práctica, estructurada y organizada de valorar las cuestiones clave. La finalización de la auditoría demuestra la seriedad en la intención de los administradores a la hora de revisar y evaluar los problemas éticos pertinentes.

Así mismo, de forma individual, los facultativos pueden usar *La Auditoría Ética en el Trabajo Social* para tener una visión exhaustiva y sistemática de los aspectos éticos y de la gestión de riesgos en su trabajo. Los trabajadores sociales, tanto por cuenta ajena como autónomos, pueden usar esta guía para analizar de forma crítica sus actuales políticas y prácticas laborales, y así mejorar sus estrategias de gestión de riesgos. Estos pasos ayudarán a proteger a sus clientes y evitarán posibles demandas y quejas relacionadas con la ética.

Además, los supervisores de trabajo social pueden usar *La Auditoría Ética en el Trabajo Social* como guía en sus argumentaciones con los miembros del personal supervisado sobre posibles problemas éticos o de gestión de riesgos. Estas discusiones pueden evitar problemas éticos que, si no se gestionan correctamente, podrían perjudicar a los clientes. Adicionalmente, las discusiones de los supervisores acerca de temas incluidos en *La Auditoría Ética en el Trabajo Social* pueden ayudarles para protegerse a sí mismos en caso de que se vean envueltos en demandas éticas o legales debido a que se aleguen conductas poco éticas o prácticas negligentes (lo que los abogados llaman *responsabilidad subsidiaria*).

Finalmente, los educadores de trabajo social pueden usar esta estructurada guía para la enseñanza a estudiantes y facultativos, realizando talleres de educación continua acerca

de cuestiones que puedan surgir con los fundamentos éticos y con la gestión de riesgos a los que se pueden enfrentar en su trabajo.

¿Qué Implica una Auditoría Ética?

En muchas organizaciones se llevan a cabo varios tipos de auditorías. Normalmente, una auditoría conlleva una “verificación y examen oficiales” de registros y otras prácticas organizativas (Random House Webster’s College Dictionary, 1991). Ambas, organizaciones con y sin ánimo de lucro, realizan de forma rutinaria auditorías con fines contables, de control y garantía de calidad, y revisión de las directrices de utilización. Es normal que las auditorías se centren en aspectos esenciales para el funcionamiento de una organización, tales como sus procedimientos de contabilidad; prestación de servicios, personal y registros financieros; y facturación (Courtemanche, 1989; Russell & Regel, 1996).

Esta idea y procedimiento pueden extenderse fácil y fructíferamente al ámbito de la ética en el trabajo social y profesional. Una auditoría ética en el trabajo social debe enfocarse en lo que actualmente se considera esencial o forma parte de los conocimientos básicos en la profesión. La literatura de trabajo social sugiere que la auditoría debería sustentarse en dos áreas de conocimiento claves: (1) los riesgos éticos en el ámbito laboral, basados en la tendencia de datos empíricos extraídos de quejas reales por motivos éticos (presentadas a través de organizaciones públicas o privadas), demandas presentadas contra trabajadores sociales, decisiones del tribunal y comités éticos, y disposiciones legales; y (2) las actuales políticas y procedimientos del centro para gestionar problemas, dilemas y decisiones éticos (Barker & Branson, 2000; Bernstein & Hartsell, 1998, 2000; Besharov, 1985; Bullis, 1995; Congress, 1998; Gambrill & Pruger, 1997; Houston-Vega, Nuehring, & Daguio, 1997; Joseph, 1989; Loewenberg & Dolgoff, 1996; Reamer, 1990, 1994, 1999; Rhodes, 1986). El estructurado instrumento incluido en este paquete, *La Auditoría Ética en el Trabajo Social*, se divide por tanto en dos secciones principales enfocadas en estos temas tan amplios. A continuación aparece un resumen de las principales cuestiones y riesgos a los que los trabajadores sociales deberán hacer frente cuando se realice una minuciosa auditoría ética. (Para mayor aclaración se anima a los lectores a consultar en profundidad, desde las fuentes citadas en este manual, los distintos debates acerca de estos problemas y riesgos de carácter ético).

Riesgos Éticos

Una auditoría ética exhaustiva debe de evaluar el grado en que los trabajadores sociales y los centros desarrollan prácticas, procedimientos y políticas dedicadas a la protección de los clientes, identificando los posibles riesgos éticos y evitando quejas y litigios de carácter ético. Esta forma de gestión de riesgos es una función esencial de la auditoría ética. En derecho de responsabilidad civil, un riesgo entraña un “daño, peligro, o riesgo, exposición a pérdida, lesión, desventaja o destrucción... El riesgo que debería de ser razonablemente percibido y evitado define el deber del derecho consuetudinario sobre la probabilidad o previsibilidad del daño a otros” (Gifis, 1991, p. 426).

En esta sección de la auditoría se detalla el número de riesgos relacionados con problemas éticos encontrados en el ámbito laboral del trabajo social. De manera consecuente con los arraigados principios y valores del trabajo social, se debería de dar prioridad a los riesgos éticos que impliquen peligros inminentes y predecibles para los clientes y otros (NASW, 1996). Actualmente, los datos disponibles y los estándares profesionales sugieren que hay un número de áreas de riesgo claves que debería de ser abordado durante una auditoría ética, en un esfuerzo por proteger a los clientes y evitar

quejas y demandas por motivos éticos. (Austin, Moline, & Williams, 1990; Barker & Branson, 2000; Bernstein & Hartsell, 1998, 2000; Besharov, 1985; Haas & Malouf, 1995; Houston-Vega, Nuehring, & Daguio, 1997; NASW, 1996; Reamer, 1994; Woody, 1997)

Derechos de los clientes. La auditoría ética debe de evaluar si los trabajadores sociales han desarrollado resúmenes de los derechos de los clientes que sean completos, comprensibles y redactados de forma clara. Además, la auditoría debe de valorar el grado con el que facultativos y centros comunican de forma clara a sus clientes cada uno de estos derechos. Por lo general estas declaraciones abordan las políticas del centro y los facultativos en relación a:

- **Confidencialidad y privacidad:** los clientes gozan de un amplio abanico de derechos de confidencialidad y privacidad. ¿Poseen los facultativos o el centro una política de privacidad correctamente redactada que describe los derechos de los clientes? ¿Se identifican en el documento las excepciones relativas a los derechos de los clientes respecto a la confidencialidad?
- **Divulgación de la información:** los facultativos deben de tener unas políticas claramente establecidas y procedimientos para obtener la autorización de los clientes (o tutores) para la divulgación de información confidencial. ¿La declaración de derechos de los clientes describe los procedimientos (y cualquier excepción que se pueda contemplar) que los facultativos o el centro usan para obtener el consentimiento del cliente antes de divulgar información confidencial?
- **Consentimiento informado:** los facultativos además deben de tener procedimientos y políticas sólidos para obtener el consentimiento de los clientes para las diversas opciones de tratamiento y servicios que hay disponibles para ellos. ¿La declaración de derechos de los clientes describe la política de los facultativos o del centro en lo que respecta a la divulgación de información confidencial, alternativas al tratamiento y actividades tales como el uso de comunicación mediante faxes, grabaciones en video o permitir la observación consentida de los servicios para clientes por un tercero?
- **Acceso a los servicios:** de manera rutinaria, los clientes deben de ser informados de sus derechos a hacer uso de los diferentes servicios ofrecidos por su proveedor. Esto es especialmente importante en lugares donde a los clientes se les proporcionan unos servicios de forma involuntaria, por ejemplo, cárceles, correccionales para jóvenes y otros programas en los cuales los clientes se encuentran por orden judicial. ¿La declaración de derechos de los clientes describe en qué medida tienen derecho a recibir los servicios?
- **Acceso a expedientes:** normalmente, los clientes tienen derecho a inspeccionar sus expedientes. Los trabajadores sociales que estén preocupados porque el acceso de los clientes a sus expedientes pueda causar serios malentendidos o algún perjuicio al cliente deben de proporcionar ayuda en la interpretación de los mismos y consulta con el cliente en lo que respecta a los registros. Solo bajo circunstancias excepcionales (donde hay evidencias claras de que el acceso del cliente a sus registros le causaría serios perjuicios) se permite a los trabajadores sociales limitar el acceso de los clientes a sus registros (o parte de los mismos). ¿La declaración de derechos del cliente resume la naturaleza de los derechos de los clientes a ver y obtener copias de la información contenida en sus expedientes?
- **Planes de servicio:** muchos facultativos buscan incluir a los clientes en el desarrollo de planes de servicio y tratamiento como un modo de que adquieran ciertas capacidades e incluirles en el proceso de apoyo. ¿La declaración de derechos del

cliente resume el derecho a que participen en la formulación de planes de servicio o tratamiento?

- Opción de servicios y referencias alternativos: los clientes tienen derecho a conocer si pueden obtener servicios de otros proveedores. Esto concuerda con la obligación de los trabajadores sociales de respetar el derecho de autodeterminación de los clientes y dar consentimiento informado antes de proporcionarles los servicios. ¿En la declaración de derechos del cliente se les explica las diferentes opciones a las que pueden optar y recibir servicios de otras instituciones y proveedores?
- El derecho a rechazar servicios: en general, los clientes tienen derecho a rechazar servicios (existen varias excepciones en caso de que los clientes reciben los servicios por orden judicial). ¿En la declaración de derechos del cliente se explica que tienen derecho a rechazar los servicios y cuáles son las consecuencias de dicho rechazo?
- Finalización de los servicios: los clientes deben de ser informados acerca de las políticas de los proveedores respecto a la rescisión de los servicios. ¿En la declaración de derechos del cliente se recogen las circunstancias bajo las cuales se finalizarían los servicios, junto con los criterios y procedimientos pertinentes?
- Procedimientos para la presentación de reclamaciones: en muchos sitios los clientes tienen el derecho a impugnar o apelar decisiones con las que no estén de acuerdo. Aquí se pueden incluir decisiones acerca de los beneficios, elegibilidad para determinados servicios o finalización de los servicios. ¿En la declaración de derechos del cliente se les informa de su derecho a apelar las decisiones contrarias que les afecten, así como de procedimientos para la presentación de las reclamaciones pertinentes?
- Evaluación y estudio: muchos centros involucran a los clientes en procesos de evaluación y actividades de investigación (tales como estudios clínicos y programas de evaluación). ¿En la declaración de derechos del cliente se les informa de cualquier evaluación o estudio en los cuales pueden estar involucrados? ¿El documento pone a los clientes al corriente de las políticas y procedimientos del proveedor, diseñadas para proteger la evaluación y a los participantes del estudio (por ejemplo, el derecho de los clientes a rechazar su participación o el derecho a la confidencialidad de los datos recogidos en el estudio [ver también, más arriba: consentimiento informado])?

Adicionalmente, la auditoría debe evaluar cómo los trabajadores sociales informan a los clientes sobre sus derechos de manera competente y con regularidad, así como evaluar también los procedimientos empleados para hacerlo. ¿Los facultativos hablan de forma rutinaria sobre los derechos de los clientes? ¿Los facultativos brindan a los clientes la oportunidad de hacer preguntas acerca de estos derechos?

Confidencialidad y privacidad. Una auditoría ética centra considerablemente su atención en un amplio espectro de problemas relacionados con la confidencialidad y la privacidad, y evalúa el grado de importancia con el que son abordados en relación a los clientes y a los procedimientos y políticas del proveedor de los servicios (Dickson, 1998; Reamer, 1994; 1998). Algunas de las cuestiones relacionadas con la confidencialidad y privacidad son características de ciertos puestos de trabajo, tales como los que entrañan una relación clínica con clientes y compañeros de trabajo. Otras cuestiones de confidencialidad y privacidad son propias del personal no asociado a la profesión, tales como empleados de oficina, vigilantes y cocineros en programas residenciales; en los ejemplos se recogen unas estrictas directrices para asegurar que el personal no asociado a la profesión respete la privacidad de los clientes y gestione apropiadamente la información confidencial. Los miembros de la plantilla deben

entender que las leyes de confidencialidad estatales pueden diferir, de modo que pueden existir diferencias entre las leyes de confidencialidad regionales y estatales.

Entre las cuestiones clave sobre confidencialidad y privacidad destacan las siguientes:

- Solicitud de información privada de los clientes: a menudo, los trabajadores sociales tienen acceso a información susceptible acerca de aspectos íntimos de la vida de los clientes, incluyendo información sobre relaciones personales, violencia doméstica, abuso de sustancias, traumas sexuales y comportamiento, antecedentes penales y enfermedades mentales. Esta información se obtiene para poder realizar una evaluación exhaustiva de los clientes, con el fin de que los trabajadores sociales puedan planear e implementar las intervenciones adecuadas.

La auditoría ética evalúa el grado de seriedad con el que los trabajadores sociales respetan los derechos de privacidad de los clientes. Los trabajadores sociales deben comportarse de forma conservadora en su esfuerzo por obtener información privada de los clientes. Es decir, que deben buscar información privada de los clientes solo en la medida de lo posible para realizar sus funciones profesionales. Los trabajadores sociales deben distinguir en todo momento entre información privada esencial e información privada arbitraria.

- Divulgación de información confidencial con el fin de proteger a los clientes de perjudicarse a sí mismos y proteger a terceras partes de posibles perjuicios ocasionados por los clientes: Esta limitación de los derechos de confidencialidad de los clientes refleja el incremento de la comprensión por parte de los trabajadores sociales de dos conceptos clave: paternalismo profesional y protección de terceras partes. Paternalismo profesional significa que pueden darse situaciones en las que los trabajadores sociales tengan la obligación de proteger a los clientes de sí mismos (Dworkin, 1971; Foster, 1995; Reamer, 1983). El caso más extremo de comportamiento autolesivo es, claro está, el intento de suicidio por parte del cliente, y los trabajadores sociales generalmente aceptan que en estos casos los profesionales tienen el deber de interferir en los esfuerzos de sus clientes por acabar con sus vidas. No obstante, existen otros casos de autolesión más sutiles que plantean dilemas éticos complejos a los trabajadores sociales como, por ejemplo, cuando hombres o mujeres deciden retomar una relación con la pareja que los maltrata.

Las cuestiones acerca de la protección de terceras partes son bastante diferentes. En este caso, la justificación por parte de los trabajadores sociales para limitar el derecho de autodeterminación de los clientes se basa en la su preocupación por otras personas cuyo bienestar puede verse amenazado por las acciones de los clientes. A diferencia de los casos de paternalismo profesional, cuando los trabajadores sociales se preocupan principalmente por el bienestar de los clientes, existen circunstancias que requieren de límites en su derecho de autodeterminación con el fin de proteger a terceras partes, tales como los casos en los que los trabajadores sociales tienen que reconocer que la protección y fomento de los intereses de los clientes son secundarias.

La idea de interferir el derecho de autodeterminación de los clientes para proteger a terceras partes se encuentra normalmente asociado con el citado caso de *Tarasoff v. Board of Regents of the University of California* (1976). Este caso ha servido de precedente para un gran número de estatutos de gran importancia y decisiones judiciales que hoy día han influido sobre la toma de decisiones por parte de los trabajadores sociales cuando los clientes representan una amenaza para terceras partes. Sin duda alguna, *Tarasoff* cambió el modo en que los trabajadores sociales y otros profesionales de salud mental deliberan sobre los límites en los derechos de autodeterminación y confidencialidad de los clientes. Desde *Tarasoff*, un

buen número de casos sobre “el deber de proteger” ha influido en tribunales y asambleas legislativas en situaciones en las que profesionales de salud mental tienen el deber de proteger a terceras partes. Muchas decisiones judiciales y estatutos han reforzado las conclusiones aprobadas por el tribunal en el caso *Tarasoff*, haciendo hincapié en la responsabilidad de los facultativos a la hora de tomar medidas razonables que garanticen la protección de terceras personas cuando, a juicio profesional, las acciones o potenciales acciones de los clientes planteen un riesgo serio, previsible e inminente para otros. Algunas decisiones judiciales, no obstante, de alguna manera desafían, amplían o modifican las conclusiones a las que se llegó en el caso *Tarasoff*.

- Divulgación de información confidencial perteneciente al tratamiento por abuso de alcohol u otras sustancias: estrictos reglamentos federales (42 C.F.R. 2-1 ff., “Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records”) limitan la revelación de información confidencial por parte de los trabajadores sociales. Estas regulaciones protegen ampliamente la confidencialidad de los registros de los programas de abuso de sustancias (respecto a la identidad, diagnóstico, pronóstico o tratamiento de cualquier cliente) realizados en relación al desarrollo de cualquier programa o actividad relativos a la concienciación sobre el abuso de sustancias, prevención, internamiento, tratamiento, rehabilitación o estudio que sea llevado a cabo, regulado, o directa o indirectamente asistido por un departamento o agencia estatal. La divulgación está permitida (1) con el informe del consentimiento por escrito del cliente; (2) a personal médico en urgencias; (3) para estudio, evaluación y auditorías; y (4) por orden judicial si existe una causa razonable (Dickson, 1998).
- Divulgación de información acerca de clientes fallecidos: en ocasiones, los trabajadores sociales reciben peticiones de información confidencial sobre antiguos clientes que ya han fallecido. Los familiares de un cliente que ha cometido suicidio pueden solicitar información que les ayude a hacer frente a su pérdida, o los trabajadores sociales pueden ser citados en un caso legal que implique una disputa entre los familiares en lo concerniente a los deseos del fallecido. Un periodista o un agente de la ley puede solicitar información acerca de un cliente fallecido si este es víctima de un crimen grave, o un inspector de la agencia tributaria puede recabar información acerca de su estilo de vida.

Los trabajadores sociales deben ser cuidadosos en sus esfuerzos por proteger la confidencialidad de los clientes fallecidos. No deben de revelar información confidencial a menos que tengan la autorización legal apropiada para hacerlo (por ejemplo, del heredero legal de los bienes del cliente o por orden judicial). La divulgación de información confidencial sin dicha autorización constituiría una violación de los derechos de confidencialidad del antiguo cliente.

- Revelar información a los padres y tutores: en ocasiones, los trabajadores sociales que proporcionan servicios a menores tienen que tomar decisiones sobre la divulgación de información confidencial. Normalmente, estas situaciones incluyen evidencias que reflejan que el menor corre el riesgo de perjudicarse a sí mismo o a otros, por ejemplo, como resultado del abuso de sustancias, amenazas de suicidio o actividades sexuales de alto riesgo.

Las leyes y regulaciones estatales varían con respecto a las obligaciones que tienen los trabajadores sociales en estas circunstancias. La auditoría ética debe de evaluar si las políticas de los proveedores de los servicios cumplen con la legislación y regulaciones locales, especialmente en lo concerniente al grado con el que los trabajadores sociales (1) están obligados a divulgar información confidencial a padres y tutores, incluso sin el consentimiento del menor (por ejemplo, en casos de

amenazas de suicidio), (2) tienen el permiso, pero no la obligación, de revelar información confidencial a padres y tutores sin el consentimiento del menor (por ejemplo, cuando el menor se ve envuelto en actividades sexuales de alto riesgo) y (3) no tienen permitido divulgar información confidencial a padres y tutores sin el consentimiento del menor (por ejemplo, cuando el menor tiene el derecho de buscar ayuda y tratamiento contra el abuso de sustancias sin el consentimiento de sus padres o tutores).

- Compartir información confidencial entre familiares, parejas o en terapias de grupo: los trabajadores sociales que proporcionen servicios de asesoramiento a familiares, parejas o grupos se enfrentan a cuestiones de confidencialidad concretas. Del mismo modo que en el caso de las excepciones habituales que podemos encontrar durante la asistencia individual (tales como la obligación de los trabajadores sociales de revelar información en circunstancias excepcionales en caso de que pueda haber perjuicios a terceros, se puedan evitar situaciones de suicidio o se tengan que cumplir determinadas leyes u órdenes judiciales), con los familiares, parejas y en las terapias grupales, también se tiene la posibilidad de que los otros participantes no respeten el derecho de confidencialidad. Los trabajadores sociales deben informar a los clientes de que no pueden garantizar que otros participantes no compartirán con terceros información sobre la familia, pareja o la terapia de grupo.

Los trabajadores sociales que proporcionen esta serie de servicios tienen la obligación de llegar a un acuerdo entre las partes implicadas en el asesoramiento, en lo que respecta al derecho de confidencialidad de cada uno de los individuos y la obligación de respetar la información confidencial compartida por otros. Los facultativos deben considerar la posibilidad de preparar formularios que expliquen la importancia de dicha confidencialidad y solicitar el compromiso de los participantes a respetar el derecho de confidencialidad de los demás.

- Revelación de información confidencial a representantes de los medios de comunicación, agentes de la ley, agencias de protección u otras organizaciones de servicios sociales, y agencias de cobro: a veces, terceras partes interesadas en la vida de los clientes solicitan información confidencial a los trabajadores sociales. Cuando esto ocurre, los facultativos necesitan estar alerta y tener presente la protección de confidencialidad de los clientes. Por ejemplo, si un periodista descubre que el protagonista de una noticia ha recibido asesoramiento por parte de un trabajador social y le solicita información concreta sobre su cliente, el trabajador social debe responder informando al periodista que, por razones de confidencialidad, no se le está permitido confirmar o negar que el individuo en cuestión es o ha sido cliente suyo. Si un periodista pide al trabajador social que hable acerca del tipo de clientes con los que ha trabajado (por ejemplo, autores de abusos sexuales a niños), este debe contestar pero solo en términos muy generales, sin divulgar detalles o información específica que podrían permitir al reportero o al público en general identificar a los clientes.

De vez en cuando, los clientes quieren que los trabajadores sociales hablen sobre casos relacionados con los medios de comunicación. En estas circunstancias excepcionales, los trabajadores sociales deben de ser especialmente cuidadosos y obtener consentimiento informado. Deben discutir en detalle con los clientes sobre los posibles riesgos que supone que el trabajador social pueda hablar abiertamente con los miembros de los medios de comunicación (por ejemplo, el riesgo de bochorno público o acoso, o poner en riesgo un proceso clínico), pero también sobre los posibles beneficios (el valor terapéutico que supone el poder hablar de los

problemas de uno mismo de forma abierta, la oportunidad de concienciar al público sobre un problema importante).

Los trabajadores sociales deben de tomar precauciones similares cuando se les solicite información confidencial desde otras fuentes, tales como agentes de la ley, agencias de protección u otras organizaciones de servicios sociales, y agencias de cobro. A menos que exista un requerimiento legal para la divulgación de tal información (por ejemplo, por una ley u orden judicial), los trabajadores sociales deben de oponerse a tal divulgación. En los casos en que aun con todo se requiera la revelación de información, los trabajadores sociales tienen que limitar la divulgación de la información tanto como sea posible. Por otra parte, los trabajadores sociales pueden tener derecho legítimo a contactar con una agencia de cobro con el fin de obtener el pago de clientes con facturas pendientes. En estas circunstancias, los facultativos deben de desvelar la menor cantidad posible de información (por ejemplo, nombre, dirección, número de teléfono, importe de la deuda) para que la agencia de cobro pueda recaudar el dinero. Los trabajadores sociales no deben de revelar detalles clínicamente relevantes.

- Protección de escritos y registros electrónicos, información transmitida a otras partes mediante el uso de ordenadores, correo electrónico, fax, teléfono y contestadores automáticos: los avances tecnológicos han permitido a los trabajadores sociales compartir información de forma rápida y eficiente entre varios dispositivos electrónicos. No obstante, esta comodidad y eficiencia entrañan riesgos considerables, principalmente en lo que respecta a la divulgación inapropiada de información confidencial, algo que debería ser examinado durante una auditoría ética. Por ejemplo, los trabajadores sociales que usan faxes (facsímiles) en su ámbito profesional necesitan ser cuidadosos a la hora de proteger la confidencialidad y privacidad de los clientes. Cuando usen un fax para comunicar datos confidenciales y otro tipo de información susceptible, los facultativos deben obtener primero el consentimiento informado de los clientes y ponerles al corriente acerca de los riesgos que ello conlleva (tales como brechas en la seguridad). La confidencialidad de las comunicaciones por fax puede verse comprometida de distintas maneras. La máquina receptora del fax puede no encontrarse en un lugar seguro (puede estar fuera, en el despacho de una secretaria, por ejemplo); por lo que partes no autorizadas pueden tener acceso a estos faxes confidenciales. Además, el número de teléfono del fax receptor podría ser marcado de forma errónea por equivocación, enviándose la información confidencial a direcciones inapropiadas.

Aunque los trabajadores sociales deberían evitar el envío de información confidencial por fax, pueden tomar diversas medidas preventivas si el uso del fax es totalmente necesario (por ejemplo, en situaciones de emergencia). Los trabajadores sociales deben notificar por teléfono al destinatario que el fax está siendo enviado y obtener así su compromiso de ir inmediatamente a la máquina y esperar a que llegue el documento. De forma ideal, los trabajadores sociales deben de obtener el consentimiento informado por parte del cliente autorizándoles a transmitir información confidencial mediante fax. Es más, en la hoja de portada del fax debería de figurar una declaración alertando al receptor de la naturaleza confidencial del documento, junto con el número de teléfono del remitente.

Los teléfonos y contestadores automáticos también pueden ser problemáticos. Los trabajadores sociales deben evitar dialogar sobre información confidencial a través de teléfonos móviles, por ejemplo, por el riesgo de escuchas ilegales por parte de terceros. Los trabajadores sociales deben de tener cuidado de no incluir información confidencial en mensajes dejados en contestadores automáticos cuando

exista la posibilidad de que sean escuchados por terceras personas (por ejemplo, otro habitante de la casa, un compañero de oficina o un compañero de trabajo al que un trabajador social deja un mensaje). De forma rutinaria, los trabajadores sociales deben dialogar con los clientes acerca del tipo de información que pueden dejar en sus contestadores.

En general, los trabajadores sociales no deben usar internet para enviar información confidencial a otras partes. Es difícil asegurar que estas comunicaciones sean totalmente seguras.

- Transferencia o eliminación de registros de los clientes: los trabajadores sociales pueden transferir un expediente a otro facultativo o centro, cumpliendo una serie de pasos para evitar que personas no autorizadas tengan acceso a información confidencial. La auditoría ética debe examinar la medida en que se aplican los procedimientos necesarios para prevenir accesos no autorizados a esa información. Por ejemplo, los servicios de mensajería pueden ser seleccionados en función a sus políticas de protección de confidencialidad.

Además, la auditoría ética debe evaluar los procedimientos de los facultativos a la hora de eliminar los datos contenidos en los registros. Los trabajadores sociales deben eliminar los datos (cuando así lo aprueben o permitan las regulaciones, estatutos o estándares pertinentes) de manera que se proteja la confidencialidad de los clientes. Los documentos deben de ser triturados o destruidos de otra manera para que personas no autorizadas no puedan tener de nuevo acceso a la información confidencial.

- Protección de la confidencialidad del cliente en caso de fallecimiento, discapacidad o rescisión de la relación laboral: los trabajadores sociales necesitan anticipar la posibilidad de que, llegados a un punto, pueden no ser capaces de seguir trabajando con sus clientes por cuestiones de enfermedad, discapacidad, incapacidad, rescisión de la relación laboral o fallecimiento. Una auditoría ética debe examinar los procedimientos que los facultativos ponen a punto para asegurar la continuidad de los servicios y proteger los registros confidenciales de los clientes (por ejemplo, llegando a acuerdos con compañeros de profesión para que asuman al menos la responsabilidad inicial de sus casos en el supuesto de que los facultativos no sean capaces de continuar con su labor). Estos procedimientos pueden comprender desde acuerdos verbales o por escrito con compañeros de profesión hasta disposiciones de un plan de trabajo que el trabajador social desarrolla con la ayuda de un abogado (por ejemplo, designación del representante personal que gestionará los temas profesionales del trabajador social). Muchos expertos recomiendan que cada trabajador social prepare una declaración donde consten los planes de transferencia o eliminación de sus casos, en el supuesto de que el facultativo fallezca o quede incapacitado. La declaración puede quedar en manos de un albacea o fideicomiso quien la mantendrá archivada por un determinado periodo de tiempo (treinta días, por ejemplo), al final del cual la labor del trabajador social y todos los registros serán vendidos a la persona designada (normalmente por una cantidad simbólica). Una de las mayores ventajas de estos acuerdos es que limitan el acceso a información confidencial por parte de personas no autorizadas.

Los trabajadores sociales que tengan pensado trasladar su puesto de trabajo deben hacérselo constar a los clientes y estar disponibles para responder llamadas telefónicas y cualquier otro tipo de preguntas o peticiones realizadas por su parte (así como llegar a un acuerdo con un compañero de trabajo para que también pueda responderlas). Los trabajadores sociales que tengan pensado remitir clientes a otros proveedores de servicios siempre deberán de proporcionar a los clientes varias

opciones para evitar favoritismos durante el traspaso de clientes. Los compañeros seleccionados, supervisores y administradores deberán de estar familiarizados con los detalles concernientes a la gestión de la labor realizada por el trabajador social en el supuesto de que concluya su actividad laboral o deje de estar disponible.

- Precauciones para prevenir que los trabajadores sociales hablen sobre información confidencial en público o en áreas semipúblicas, tales como pasillos, salas de espera, ascensores y comedores: de forma ideal, los trabajadores sociales solo deberán de dialogar acerca de información confidencial en entornos insonorizados donde no puedan ocurrir escuchas ilegales. No obstante, a menudo los trabajadores sociales se encuentran en situaciones en las que deberían de revelar información confidencial, o sería conveniente que lo hiciesen, pero en lugares en los que existe el riesgo de que la conversación sea escuchada por otras personas (por ejemplo, cuando inesperadamente los trabajadores sociales se encuentran con un compañero de trabajo en un pasillo o ascensor y necesitan consultarle algo).

En este tipo de situaciones, los trabajadores sociales deben asegurar la privacidad de sus clientes en la medida de lo posible. Con algo de esfuerzo, los trabajadores sociales pueden evitar dialogar sobre información confidencial en los pasillos del centro, salas de espera y ascensores; en restaurantes; durante conferencias, etc. Sin embargo, para los trabajadores sociales es complicado mantener la privacidad de conversaciones sobre información confidencial en otro tipo de entornos. Por ejemplo, en algunos centros los trabajadores sociales no disponen de espacios privados o individuales. En personal a veces tiene que compartir espacios de trabajo o se encuentran en espacios de oficina abiertos o compartimentados. Aunque los trabajadores sociales carezcan de la autoridad administrativa para alterar la arquitectura o el diseño de los espacios de trabajo, deberían al menos trasladar esta cuestión a los profesionales adecuados con el fin de abordar el problema de forma adecuada.

- Divulgación de información confidencial a pagadores: frecuentemente, los trabajadores sociales reciben peticiones por parte de empresas (aseguradoras o compañías de atención médica) acerca de información sobre los clientes. Esta información puede incluir detalles sobre la salud mental del cliente, historial psiquiátrico, diagnóstico clínico y plan de tratamiento. Normalmente, las empresas solicitarán esta información para revisar peticiones de servicios de salud mental y otros servicios sociales para los que el cliente puede ser candidato según la cobertura de su seguro médico.

Los trabajadores sociales deben de obtener el consentimiento informado de los clientes antes de divulgar información confidencial a empresas de este tipo. Los trabajadores sociales deben de proporcionar a los clientes una explicación clara acerca del propósito de dicho consentimiento, los riesgos relacionados con él (por ejemplo, el personal administrativo que actúa como intermediario con las empresas tendría acceso a la información confidencial), alternativas razonables (por ejemplo, limitar el número de detalles que se comparten con las empresas o dejando a un lado a los intermediarios al pagar los servicios como gastos extra), el derecho de los clientes a rechazar o retirar su consentimiento, y los plazos previstos por el consentimiento. Además, algunos trabajadores sociales incluyen declaraciones en el consentimiento informado o los formularios de revelación de información usados para este propósito, indicando que el cliente comprende que el trabajador social no se hace responsable de la protección de los datos confidenciales del cliente una vez que sean compartidos con empresas de este tipo y que los clientes exoneran al trabajador

social de cualquier responsabilidad derivada de problemas de seguridad en dichas empresas (la denominada cláusula de exención de responsabilidad).

- Divulgación de información confidencial a asesores: cuando los trabajadores sociales realizan consultas a sus compañeros de profesión sobre los clientes, deben de ser conscientes de sus derechos de confidencialidad. Aunque los clientes pueden consentir a los trabajadores sociales realizar este tipo de colaboraciones, pueden no encontrarse cómodos si estos comparten sus datos confidenciales con los asesores. Los trabajadores sociales deben de obtener el consentimiento informado cuando necesiten compartir información confidencial con los asesores. Además, los trabajadores sociales que obtengan el permiso de los clientes para revelar información confidencial a asesores deben compartir la mínima cantidad de información que sea necesaria para lograr los propósitos de la colaboración. Esto protegerá la confidencialidad de los clientes en la medida de lo posible.
- Revelación de información confidencial para propósitos educativos o de internamiento: a menudo, los educadores de trabajo social e internados usan material de otros casos para ilustrar ciertos conceptos, un sistema pedagógico ampliamente usado en todas las profesiones. A la hora de presentar el material de otros casos en una clase, instalaciones de un centro, talleres o conferencias, los trabajadores sociales deben de ser cuidadosos con el fin de proteger la confidencialidad de sus clientes, identificando la información que no debe ser divulgada sin el consentimiento informado del cliente. Los trabajadores sociales que presenten ilustraciones sobre el caso durante su charla, clase, taller o conferencia, no debe mencionar el nombre de los clientes y debería alterar los detalles relacionados con el caso para asegurar que los oyentes no pueden identificar a los clientes u otras personas involucradas. Una de las estrategias más común es cambiar los detalles acerca del género, edad, raza, historial clínico, entorno geográfico y situación familiar de los clientes, sin restar importancia al objetivo educativo. Cualquier escrito referente al caso que presente el trabajador social debe de ser enmascarado del mismo modo.

En ocasiones los educadores de trabajo social presentan material en formato de video o audio, sobre todo grabaciones de sesiones clínicas. Dicho material no debe ser presentado a menos que los clientes proporcionen consentimiento informado de las propias grabaciones y de su presentación ante un público determinado. En el caso de pistas de video, es posible proteger la confidencialidad del cliente grabándole desde un ángulo que limite la visibilidad o usando herramientas para desenfocar la imagen o distorsionar las voces, algo que puede ser complicado en algunas situaciones (grupos de terapia familiar, por ejemplo).

Los trabajadores sociales que precisen del consentimiento informado para desvelar datos de identificación durante los procesos educativos deben decidirlo con criterio teniendo en cuenta las aptitudes y capacidad de los clientes y así poder tomar una decisión acertada. Los clientes a los que se solicita su consentimiento pueden quedar vulnerables desde un punto de vista clínico o por otros motivos; pueden ser presionados para dar su consentimiento para la divulgación de información confidencial cuando no se está velando por sus intereses. Los trabajadores sociales deben ser cuidadosos de no explotar a los clientes o aprovecharse de su vulnerabilidad.

Es responsabilidad de los educadores de trabajo social promulgar este concepto de confidencialidad entre sus estudiantes. Es decir, que los educadores de trabajo social que empleen material de otros casos en sus presentaciones para los estudiantes deben de informarles sobre su obligación de proteger la confidencialidad de los clientes. Los educadores de trabajo social deben dialogar con sus estudiantes sobre

los métodos que pueden usar para distorsionar este material y cómo pueden evitar la revelación de datos identificativos sin el consentimiento del cliente.

- Protección de la confidencialidad durante procesos legales: existen muchas situaciones en las que a los trabajadores sociales se les puede solicitar u ordenar la divulgación de información confidencial, especialmente en un contexto de procedimientos judiciales civiles o penales. Estos son alguno de los ejemplos en los que trabajadores sociales han sido citados para testificar:
 - Casos de negligencia en los que un cliente ha solicitado servicios de otro proveedor (por ejemplo, un médico). El abogado de la defensa puede citar al trabajador social del cliente para que testifique acerca de los comentarios que el cliente hizo durante las reuniones de asesoramiento. El abogado defensor puede intentar sacar a la luz pruebas que no se recogen en la demanda, como la inestabilidad emocional, comportamiento irracional o rencor; la defensa puede también intentar mostrar que en el historial del cliente se recogen problemas de salud mental anteriores a los problemas mentales que el cliente alega sufrir por culpa del acusado. Los abogados de la defensa pueden usar esta misma estrategia en otros casos de agravio en los que el cliente del trabajador social reclame haber sido agraviado o perjudicado por las acciones de un tercero (por ejemplo, como resultado de lesiones en el entorno laboral o en un accidente de tráfico).
 - Procesos de divorcio en los que el trabajador social sea citado por uno de los cónyuges con la idea de que su testimonio acerca de conversaciones confidenciales pueda apoyar su demanda contra el otro cónyuge.
 - Disputas por la custodia en las que uno de los progenitores cite al trabajador social que ha tratado a uno de ellos o a ambos, creyendo que su declaración puede apoyar la demanda (por ejemplo, testimonios relativos a comentarios hechos durante sesiones de terapia sobre el supuesto comportamiento abusivo de uno de los progenitores).
 - Casos de paternidad en los que, por ejemplo, la madre del niño cite al trabajador social del supuesto padre, con la idea de que su testimonio en relación a los comentarios hechos por el cliente durante sus sesiones acerca de las relaciones sexuales de la pareja apoyen la demanda de la madre.
 - Causas penales en las que el fiscal o el abogado defensor cite a declarar al trabajador social acerca de los comentarios realizados durante las terapias.

En estos casos legales, se puede solicitar a los trabajadores sociales la revelación de información confidencial durante la fase de presentación de pruebas o durante la vista previa. El proceso de presentación de pruebas es un procedimiento previo en el cual una de las partes obtiene información (hechos y documentos, por ejemplo) acerca de la otra. Durante la presentación de las evidencias, se puede pedir al trabajador social que testifique bajo juramento, donde un abogado le plantearía cuestiones de la misma forma que lo haría un tribunal. Las declaraciones, también denominadas “interrogatorios”, pueden ser tomados también por escrito.

Los trabajadores sociales están obligados a proteger la confidencialidad de los clientes durante estos procedimientos legales en la medida en que la ley lo permita. Para hacerlo necesitan entender los conceptos de comunicación confidencial o privilegiada y citación o comparecencia. El concepto de privilegiado hace referencia a la admisibilidad de información en los tribunales, en especial al grado con el que los tribunales pueden obligar a la divulgación de información confidencial a lo largo de los procedimientos judiciales (Dickson, 1998; Meyer, Landis, & Hays, 1998;

Reamer, 1994). Muchos estados han promulgado leyes que garantizan el derecho a comunicaciones privilegiadas para los clientes de trabajadores sociales durante procedimientos judiciales llevados a cabo en los tribunales. Es más, durante el señalado caso *de Jaffe v. Redmon* (1996) el tribunal supremo de los Estados Unidos dictó que los trabajadores sociales y sus clientes tenían el derecho a comunicaciones privilegiadas también en los tribunales estatales (Alexander, 1997).

Los trabajadores sociales que reciben una citación a declarar o proporcionar registros relacionados con información confidencial deben tratar de proteger la confidencialidad de los clientes tanto como sea posible. Si se llama a comparecer a los trabajadores sociales para un caso presentado ante un tribunal estatal o ante uno regional en una comunidad donde se reconoce el privilegio del cliente-trabajador, la protección de confidencialidad del cliente debería de ser más sencilla.

Los trabajadores sociales deben comprender que puede ser un error desvelar la información confidencial requerida durante una citación. A menudo, estos pueden contestar que la información solicitada no puede ser divulgada (quizás porque el cliente no ha dado su consentimiento o porque la revelación de la información perjudicaría la relación trabajador-cliente) o que es posible conseguirla por otras fuentes. Lo que ocurre, más bien, es que una citación es una petición de información, lo que no siempre significa que sea una petición apropiada (Grossman, 1978; Wilson, 1978).

Los trabajadores sociales que tienen que hacer frente a citaciones o comparecencias deben de seguir una serie de pautas (Austin, Moline, & Williams, 1990; Polowy & Gorenberg, 1997; Reamer, 1994, 1998):

- Los trabajadores sociales no deben de revelar información a menos que estén seguros de que han sido autorizados para hacerlo (por ejemplo, por escrito o en respuesta a una decisión judicial).
- En caso de que los privilegios hayan sido exonerados, los trabajadores sociales deben de reivindicar el privilegio a proteger la confidencialidad del cliente.
- Si un trabajador social tiene empleados a un asesor o educador, la reivindicación de privilegios debe extenderse también a estas personas, aunque el tribunal podría dictar que los facultativos sin licencia no pueden acogerse a los privilegios.
- Durante el testimonio, cuando ningún juez esté presente, los trabajadores sociales pueden estar acompañados por un abogado o poder elegir seguir el consejo e indicaciones del abogado del cliente.
- Si la información aportada por un trabajador social acerca de un cliente es embarazosa, lesiva o irrelevante, se puede obtener un permiso por escrito para poder analizar con el abogado del cliente dicha información.
- A menos que se les necesite únicamente para aportar registros o datos (como es el caso de *subpoena duces tecum* o citación para la aportación de pruebas), los trabajadores sociales deben presentarse en el lugar especificado en la citación.
- Si se solicita a los trabajadores sociales presentarse ante el tribunal para desvelar información confidencial y no se tiene el consentimiento firmado por el cliente, deberán de dirigir un escrito al juez poniendo de manifiesto su intención de comparecer para tal fin, siempre que no sea para nada que vulnere los privilegios a los cuales el cliente no ha renunciado. Entonces, el tribunal puede o no ordenar que se divulgue la información.

Se pueden usar varias estrategias para proteger la confidencialidad de los clientes durante los procedimientos legales (Polowy & Gorenberg, 1997). Si los trabajadores sociales creen que una citación es inapropiada (por ejemplo, porque solicita información que debería de ser considerada privilegiada ante la ley), siempre pueden solicitar un abogado (o quizás el abogado del cliente) para presentar una moción para retirar la citación, lo cual es un intento para que el tribunal dicte que la solicitud recogida en la citación no es adecuada. Un juez puede promulgar una orden de protección que limite de forma explícita la divulgación de información específicamente privilegiada durante la fase de presentación de pruebas. Además, los trabajadores sociales, quizás a través de un abogado, pueden solicitar una audiencia con el juez para la revisión de los registros o documentos que no deben de ser desvelados en una audiencia pública. El juez puede entonces decidir si la información debe ser revelada ante una audiencia pública y pasar a ser un asunto de interés público.

La auditoría ética debe además evaluar la adecuación de los procedimientos usados por los trabajadores sociales para informar a los clientes sobre las políticas de confidencialidad tanto de centros como de facultativos. Los clientes tienen derecho a conocer cómo los trabajadores sociales gestionan la información confidencial. Los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de informar a los clientes sobre las políticas concernientes a la confidencialidad, en particular sobre esas relacionadas con cualquier limitación de los derechos de los clientes. A la hora de desarrollar estas políticas de confidencialidad, los trabajadores sociales deben recurrir a los estatutos, regulaciones y estándares éticos pertinentes.

De forma ideal, los trabajadores sociales deben mantener informados a los clientes sobre las políticas de confidencialidad tan pronto como se inicie la relación cliente-trabajador. En la mayoría de los casos, esto puede tener lugar durante la primera reunión con el cliente. Sin embargo, hay ocasiones en las que esto puede no ser muy práctico (por ejemplo, cuando un nuevo cliente se encuentra en estado de crisis o cuando el trabajador social presta sus servicios durante una emergencia). En este tipo de situaciones, los trabajadores sociales deben informar a los clientes sobre sus políticas de confidencialidad tan pronto como sea posible. Además, la ocasión puede presentarse durante el transcurso de la jornada laboral de los facultativos con los clientes, momento en el que pueden volverles a poner al corriente de las políticas de confidencialidad (por ejemplo, en el momento en que un trabajador social recibe, por parte de terceros, una petición inusual acerca de información confidencial por parte de terceros o se muestra especialmente preocupado por evitar prejuicios a terceras personas).

Para los trabajadores sociales es preferible informar a los clientes sobre sus políticas de confidencialidad tanto de forma verbal como por escrito. La redacción de un resumen de las políticas de confidencialidad de los trabajadores sociales puede ayudar a los clientes a retener la información con el tiempo. Los clientes pueden estar abrumados durante la primera reunión con un trabajador social, por lo que pueden tener dificultades para recordar toda la información que se les presentase. De forma adicional, un resumen manuscrito firmado por el cliente proporciona documentación con información que el trabajador social puede considerar conveniente trasladar al cliente.

La descripción de las políticas de confidencialidad por parte del trabajador social debería de recoger una serie de temas clave. Dependiendo del contexto, entre estos temas encontramos:

- La importancia de la confidencialidad en la relación entre el cliente y el trabajador social (una breve declaración de por qué el trabajador social gestiona el tema de la confidencialidad con tanta seriedad).

- Leyes, estándares éticos y regulaciones propias de esta confidencialidad (leyes estatales y regionales, regulaciones y estándares éticos en el ámbito laboral pertinentes).
- Medidas específicas destinadas por el trabajador social a proteger la confidencialidad de los clientes (almacenamiento de registros en lugar seguro, limitación del acceso a compañeros de trabajo y terceras personas).
- Situaciones en las que el trabajador social se vería obligado a desvelar información confidencial (por ejemplo, para cumplir con leyes de denuncia obligatoria u órdenes judiciales, para proteger a terceros de cualquier perjuicio, o con el fin de evitar que el cliente pueda perjudicarse a sí mismo).
- Procedimientos que servirán para conseguir el consentimiento informado de los clientes a la hora de divulgar información confidencial y cualquiera de las excepciones que se puedan contemplar (un resumen del propósito y la importancia de los pasos a seguir para la obtención del consentimiento informado).
- Los procedimientos para compartir información con los compañeros de trabajo en casos de solicitar consejo o asistencia, supervisión y coordinación de los servicios (un resumen que recoja el papel a desempeñar durante los procesos de asistencia, supervisión y coordinación de los servicios, así como las razones por las que se podría necesitar la transferencia de esta información confidencial).
- El personal de ciertas empresas (aseguradoras) o programas de asistencia a empleados podrán tener acceso a los registros de los clientes (políticas de transferencia de información entre los trabajadores sociales y empresas de atención médica, representantes de aseguradoras, personal de revisión y personal de programas de asistencia a empleados).
- Revelación de información confidencial haciendo uso de teléfonos, ordenadores, faxes, correos electrónicos e internet.
- Acceso a las instalaciones del centro por parte de terceros (por ejemplo, gente que acuda al centro para participar en conferencias o en visitas guiadas).
- Grabaciones de audio y video de los clientes.

La auditoría ética debe también evaluar la manera en la que el centro, la disposición del entorno de trabajo, la arquitectura y el equipamiento del que se dispone facilitan o impiden la protección de la información confidencial. ¿El personal tiene acceso a sistemas de archivos para guardar los registros de los clientes de forma segura? ¿Disponen de despachos privados y salas de reuniones para dialogar sobre información confidencial? ¿Los registros electrónicos confidenciales y los mensajes de voz se encuentran protegidos por contraseñas, códigos y otras medias de seguridad? ¿Los faxes que reciben documentos confidenciales se encuentran en lugares de acceso limitado?

Consentimiento informado. La auditoría ética debe examinar cuidadosamente los documentos de consentimiento informado y procedimientos de los trabajadores (Applebaum, Lidz, & Meisel, 1987; Cowles, 1976; Reamer, 1987a; Rozovsky, 1984; Tones, 1993; White, 1994). El consentimiento informado es requerido en diversas situaciones, incluyendo la divulgación de información confidencial, admisión en determinados programas, servicios de mensajería o grabación en video y audio. Aunque varios tribunales, legislaciones regionales y centros han realizado interpretaciones y aplicaciones diferentes del consentimiento informado estándar, de forma general se ha alcanzado un acuerdo respecto de los elementos clave que tanto trabajadores sociales como centros deben de incorporar en los procedimientos de consentimiento:

- La decisión de autorización por parte del cliente no debe verse afectada por hechos de coacción e influencia indebida.
- Los clientes tienen que ser mentalmente capaces de proporcionar su autorización y poder entender el lenguaje y los términos empleados durante el procedimiento de consentimiento.
- Los clientes tienen que autorizar los procedimientos o acciones específicos no redactándolos en términos generales o usando otros ejemplos de formularios de consentimiento.
- Los formularios de consentimiento tienen que ser validados (aunque algunos estados solicitan una autorización por escrito, la mayoría acepta ambas formas de consentimiento, verbal y por escrito). Toda la información debe estar recogida en el formulario antes de que el cliente lo firme; no se puede añadir información una vez que el cliente firme el documento.
- El consentimiento por escrito del cliente se renueva periódicamente, según sea necesario.
- Los clientes tienen que tener el derecho a rechazar o retirar su consentimiento.
- Las decisiones de los clientes tienen que basarse en información adecuada: detalles sobre la naturaleza y los propósitos de un servicio o la revelación de información; ventajas e inconvenientes de una intervención; riesgos sustanciales para los clientes, si se da el caso; posibles efectos sobre los familiares, trabajo, actividades sociales y otros aspectos importantes de la vida de los clientes; alternativas a las intervenciones o revelación de información propuestas; y previsión de los costes para los clientes. Al presentar toda esta información a los clientes hay que usar un lenguaje comprensible y animarles a que realicen cualquier pregunta que consideren oportuna. Hay que fechar los formularios de consentimiento y en ellos se debe incluir una fecha de expiración. Los trabajadores sociales deben de prestar especial atención al explicar los conceptos de “autodeterminación” y “consentimiento” a clientes con diferencias étnicas o culturales (Cowles, 1976; Dickson, 1995; President’s Commission, 1982; Reamer, 1987b, 1994; Rozovsky, 1984). Cuando sea necesario, los formularios deben ser traducidos al idioma principal de los clientes por parte de traductores competentes.

Existen varias situaciones en las que no se puede solicitar a los trabajadores sociales que obtengan consentimientos informados (Dickson, 1995; Rozovsky, 1984). Las más relevantes implicarían situaciones de emergencia. En situaciones legítimas de emergencia, los profesionales pueden tener la autorización de actuar sin el consentimiento del cliente. De acuerdo con muchos estatutos estatales y casos judiciales, una emergencia entraña la incapacidad del cliente y una pérdida de las facultades mentales adecuadas para tomar decisiones con fundamento. Como resultado de lesiones o enfermedad, uso de alcohol o drogas, u otro impedimento, podrían producirse interferencias en la toma de decisiones. Además, habría que tener en cuenta la necesidad de un tratamiento de urgencia para preservar la vida o salud del cliente. Muchos estatutos autorizan también a los facultativos para asistir a los clientes o revelar información confidencial sin su consentimiento con el fin de protegerles a ellos o al resto de cualquier perjuicio (Applebaum, Lidz & Meisel, 1987; Dickson, 1995; President’s Commission, 1982; Rozovsky, 1984).

Prestación de servicios. La auditoría ética debe de evaluar el grado con el que los trabajadores proporcionan servicios y se presentan a sí mismos como profesionales competentes, dentro de los límites de su formación, preparación, licencias, certificación,

colaboraciones realizadas, capacidad de supervisión u otra experiencia profesional relevante. Los trabajadores sociales deben ser francos y claros en sus pretensiones al tratar sobre aspectos propios de sus áreas de trabajo y especialización, ante compañeros de trabajo, posibles empleados y el público en general. No deben tergiversar sus competencias para propósitos puramente egoístas (por ejemplo, para conseguir un empleo o atraer clientes).

De forma adicional, la auditoría debe analizar si los trabajadores sociales proporcionan servicios en áreas fundamentales y hacen uso de enfoques prácticos, intervenciones y técnicas que son novedosas para ellos, solo tras participar en estudios, formación, labores de colaboración y procesos de supervisión apropiados, dirigidos o impartidos por profesionales con experiencia en dichos enfoques prácticos, intervenciones y técnicas. Constantemente surgen innovaciones de gran interés que pueden resultar de interés para el trabajo desarrollado por los facultativos. Por ello, los trabajadores sociales deben estar al corriente de estos avances e intentar buscar la formación necesaria sobre los nuevos adelantos que surjan en los campos en los que puede resultar apropiada su incorporación durante el trabajo con los clientes. En ocasiones, la formación y los estudios por cuenta propia pueden ser suficientes. No obstante, para comenzar a trabajar en nuevas áreas o emplear nuevas técnicas de intervención, los trabajadores sociales pueden necesitar obtener formación oficial, enseñanza continua, realizar labores de colaboración o supervisión.

Los trabajadores sociales que obtengan dicha formación, realicen labores de colaboración o supervisión necesitan asegurarse de que los formadores, colaboradores y supervisores son profesionales competentes. Estas personas deben poseer la experiencia necesaria que los trabajadores sociales precisan (conocimientos específicos sobre un área concreta) y la habilidad de proporcionar una formación, colaboración y supervisión adecuadas.

La auditoría ética se enfoca también en los procedimientos que siguen los trabajadores sociales a la hora de dar un enfoque práctico y durante las intervenciones, momentos para los que no hay unos estándares establecidos; en estas circunstancias, los trabajadores sociales deben obtener la formación, colaboración y supervisión adecuadas. Los trabajadores sociales que contemplen la posibilidad de emplear enfoques poco tradicionales o controvertidos deben llevarlos a cabo según criterios sumamente cuidadosos y tomando las precauciones necesarias para proteger a los clientes de cualquier perjuicio. Antes de usar cualquier técnica novedosa, los facultativos deben dedicar un tiempo considerable a estudiar la bibliografía relacionada con el tema (incluyendo artículos de investigación), consultar con sus compañeros de profesión, acudir a talleres o realizando seminarios de aprendizaje continuo, y tratando de buscar una adecuada supervisión.

Problemas de limitación y conflicto de intereses. La literatura referente a los trabajadores sociales ha demostrado que la falta de limitación en las relaciones que los trabajadores sociales mantienen con los clientes o compañeros de trabajo (incluidos los miembros el personal supervisado, en prácticas y estudiantes) en forma de más de una clase de relación, ya sea de forma sexual, social, o por motivos de trabajo, representa uno de los riesgos más importantes (Berliner, 1989; Bullis, 1995; Jayaratne, Croxton, & Mattison, 1997; Kagle & Giebelhausen, 1994; Reamer, 1994, 2001, in press). Los problemas de limitación surgen cuando los trabajadores sociales se enfrentan a posibles conflictos de intereses en forma de lo que se ha llegado a conocer como relaciones múltiples o dobles. Una auditoría ética debe evaluar en la medida de lo posible que los

trabajadores sociales establezcan criterios claros para ayudarles a mantener unos límites apropiados con respecto a:

- Relaciones sexuales con clientes actuales o antiguos: una parte importante de las relaciones dobles se debe a que los trabajadores sociales mantienen algún tipo de contacto sexual (Reamer, 1994). Existen consensos entre los trabajadores sociales en los que las relaciones sexuales con clientes actuales están consideradas como poco éticas. De forma general, las relaciones sexuales con antiguos clientes también se consideran poco éticas. Los trabajadores sociales que mantienen algún tipo de relación sexual con antiguos clientes o que reivindican excepciones a esta prohibición en el caso de situaciones extraordinarias (por ejemplo, una relación profesional-cliente) que no sea de naturaleza puramente clínica) asume toda la responsabilidad a la hora de demostrar que el antiguo cliente no es víctima de abusos, coacción o manipulación de ningún tipo, de forma voluntaria o involuntariamente.
- Asesoramiento por parte de parejas sexuales: el pasar de una relación sexual íntima a una relación profesional-cliente (por ejemplo, cuando el examante de un trabajador social precisa de los servicios de este) puede suponer un detrimento para el cliente. Los examantes que pasan a ser clientes parecen presentar dificultades al pasar de ser uno de los miembros dentro una pareja igualitaria con una relación íntima a ser, en cierta medida, alguien que se encuentra en una posición de dependencia o subordinación respecto de la otra parte.
- Relaciones sexuales con familiares o conocidos de los clientes: los estándares éticos actuales prohíben también las actividades o el contacto de carácter sexual con los familiares u otras personas con las que los clientes mantengan una relación personal cercana, especialmente cuando existe riesgo de explotar o perjudicar al cliente. Una relación sexual entre un trabajador social y el pariente u otra persona cercana al cliente pueden hacerle sentirse traicionado, deteriorándose su confianza en el trabajador social y su profesión.
- Relaciones sexuales con miembros del personal supervisado, aprendices y estudiantes o compañeros de trabajo: los trabajadores sociales tienen también que evitar las relaciones sexuales con miembros del personal que supervisen o sobre los que ejerzan algún tipo de autoridad (tales como aprendices o estudiantes). La diferencia de poder en este tipo de relaciones expone a los miembros supervisados, en prácticas y estudiantes a posibles perjuicios o casos de explotación.
- Contacto físico con los clientes: los facultativos tienen que ser cuidadosos a la hora de distinguir entre contacto físico apropiado o inapropiado. De forma breve, sostener la mano de un cliente afligido o un abrazo de despedida al final de una larga relación puramente clínica serían ejemplos de un contacto físico apropiado, al contrario que un contacto físico prolongado (por ejemplo, achuchar o acariciar a los pacientes durante sesiones de terapia).
- Relaciones de amistad con clientes actuales o antiguos: en ocasiones, las amistades que se desarrollan entre los trabajadores sociales y sus clientes surgen a raíz de un afecto sincero; no obstante, en otros casos, las relaciones de amistad reflejan profundas necesidades, crisis personales y conflictos por parte de los trabajadores sociales. Deben saber que ciertos tipos de amistad con clientes actuales son considerados poco éticos y en el caso de antiguos clientes pueden tratarse de relaciones dobles inapropiadas. Del mismo modo que ocurre con los encuentros sexuales, las relaciones de amistad con clientes son potencialmente peligrosas para los clientes e interfieren con la posibilidad de beneficiarse de los servicios ofrecidos por el trabajo social.

- Encuentros con los clientes en entornos públicos: no es normal que trabajadores sociales y clientes se encuentren en entornos públicos, tales como tiendas, festivales o recibimientos. Los trabajadores sociales deben contemplar previamente esta posibilidad con los clientes, enfocándose en maneras constructivas de gestionar futuros encuentros. Estas medidas preventivas pueden ayudar a los clientes y facultativos a evitar situaciones incómodas y malentendidos acerca de la naturaleza de su relación.
- Asistencia de los clientes durante eventos sociales, religiosos o acontecimientos vitales: existen diversas opiniones entre los trabajadores sociales en lo que respecta al apoyo de los clientes durante estos eventos. Algunos creen que acompañarlos puede ser terapéuticamente beneficioso y servirles de apoyo; rechazar la asistencia pueden perjudicar a la relación profesional-cliente y dar pie a los clientes a sentirse traicionados y distanciarse. En contraposición, muchos trabajadores sociales, se preocupan por la posibilidad de distorsionar los límites marcados al proporcionar asistencia en estos eventos sociales, religiosos y otros acontecimientos. Los facultativos deben tratar este tema de forma explícita y establecer pautas claras, teniendo en cuenta los estándares éticos actuales en lo concerniente a las relaciones dobles y el riesgo potencial a quejas y demandas de carácter ético.
- Regalos para y de parte de los clientes: en ocasiones, aparecen problemas de limitaciones característicos cuando los clientes ofrecen regalos o favores especiales a los trabajadores sociales. Algunos presentes pueden ser totalmente inocentes e inofensivos; otros pueden estar cargados de significado y reflejan un caso de relación doble inapropiado. Los facultativos deben desarrollar las directrices necesarias para diferenciar entre las situaciones en las que el personal puede aceptar determinados obsequios de los clientes y circunstancias en las que aceptar estos regalos es inapropiado. Conviene, por lo tanto, diseñar procedimientos para ayudar a los trabajadores sociales a responder con tacto ante este tipo de ofrecimiento por parte de los clientes.

En la mayoría de los casos, no es ético para los trabajadores sociales entregar presentes a los clientes al suponer la implicación en una relación doble inapropiada. Algunos facultativos y centros han acordado excepciones concretas como, por ejemplo, cuando clientes de un programa de independización invitan a personal del centro a visitar su nuevo apartamento. En estos casos, los trabajadores sociales deben establecer unas pautas claras para minimizar posibles perjuicios (por ejemplo, asegurarse de que el cliente comprenda que el detalle que el facultativo entrega lo hace únicamente de parte del centro).

- Favores para los clientes: existe gran variedad de circunstancias en las que los trabajadores sociales pueden sentirse tentados, por razones altruistas, a ofrecer favores a los clientes (por ejemplo, paseando a un cliente inmovilizado, prestando dinero a un cliente sin recursos económicos, dándole el número de teléfono personal a un cliente vulnerable). Aunque este comportamiento sea totalmente inocente y relativamente inofensivo, los trabajadores sociales deben ser conscientes de las consecuencias que sus decisiones altruistas pueden tener desde el punto de vista de problemas de limitación. En algunos casos, los clientes pueden interpretar estos gestos como indicativo de que existe un interés por parte del trabajador social en entablar una relación no profesional.
- Prestación de los servicios en casa de los clientes: los trabajadores sociales que proporcionan servicios a domicilio (por ejemplo, cuando forman parte del personal de agencias de atención médica que proporcionan servicios a domicilio para familias vulnerables) tienen que estar especialmente alerta a posibles problemas con los

límites establecidos. Proporcionar servicios fuera del despacho, de una manera más informal, y en un entorno de relativa intimidad, puede dar lugar a confusiones en lo que respecta a la naturaleza de la relación profesional-cliente. Los trabajadores sociales tienen que estar preparados para responder de forma adecuada ante las invitaciones de los miembros de la familia, ya sea para comer, ir de excursión u otros eventos sociales.

- Conflictos de interés económicos: al llevar a cabo transacciones financieras dentro de la relación profesional-cliente (por ejemplo, cuando los trabajadores sociales invierten en los nuevos negocios de los clientes o toman prestado dinero de un cliente adinerado) se pierde el interés por parte de ambos, facultativos y clientes, en lo que respecta a la agenda de los servicios sociales en los que comenzaron a trabajar, comprometiendo los intereses del cliente y creando un conflicto de intereses (donde el juicio y comportamiento del trabajador social se ven afectados por consideraciones económicas). Establecer una relación de negocios con el cliente es claramente poco ético. Además, el personal, administradores y miembros de la junta tampoco deberían de establecer relaciones financieras con sus centros u otras organizaciones en caso de que ello constituya un conflicto de intereses (por ejemplo, al tener un interés financiero en propiedades, inversiones o transacciones comerciales del centro). Las instituciones deben de dejar claras sus políticas acerca de la participación de los miembros del personal en otros ámbitos (por ejemplo, si el personal clínico de un centro psiquiátrico comunitario puede aprobar su propio régimen de trabajo a tiempo parcial) y en la prestación de servicios para antiguos clientes cuando el personal da por concluidos sus servicios (por ejemplo, cuando clientes eligen remitir su asistencia al nuevo entorno de trabajo de ciertos facultativos).
- Prestación de servicios a dos o más personas entre las que existe una relación (tales como parejas o miembros de una misma familia): a veces, los trabajadores sociales proporcionan servicios a dos o más personas entre las que existe algún tipo de relación, a menudo en un contexto familiar, marital, o terapia de pareja. En estos casos, los trabajadores sociales deben dejar claro a todas las partes implicadas cuáles serán consideradas como clientes y la naturaleza de las obligaciones profesionales que los trabajadores sociales para con las personas que van a recibir sus servicios. Los trabajadores sociales que prevean un conflicto de intereses entre las personas que reciben servicios o que anticipen tener que mediar en posibles conflictos entre las partes (por ejemplo, cuando se solicita a un trabajador social que testifique en una disputa por la custodia de un niño o en un proceso de divorcio que implique a los clientes), deben aclarar el papel que desempeñan con cada uno de ellos y tomar las acciones adecuadas para minimizar cualquier conflicto de intereses.
- Negociar con los clientes por bienes y servicios: existe diversidad de opiniones entre los trabajadores sociales acerca del uso de permutas. La mayoría cree que negociar es apropiado en determinadas circunstancias, cuando puede demostrarse que tales acuerdos son una práctica aceptable entre el gremio local de profesionales, siendo esencial para la prestación de los servicios que la negociación tenga lugar sin coacción, sea una iniciativa del cliente y este dé su consentimiento fundamentado. Otros opinan que este tipo de negociaciones están cargadas de tensiones, lo que supone un riesgo claro, en particular cuando los servicios o bienes por los que se negocia presentan algún defecto lo que generaría un conflicto y, por tanto, deterioraría la relación profesional-cliente.
- Gestión de las relaciones con los clientes en pequeñas regiones o entornos rurales: la probabilidad de que problemas con los límites establecidos o de relaciones dobles

aparezcan de forma inesperada es mucho mayor en el caso de pequeñas regiones, especialmente en áreas rurales. En estos lugares los trabajadores sociales a menudo expresan la dificultad que les supone separar su vida profesional de la privada. Los clientes normalmente son los propietarios de negocios locales a los que pueden acudir trabajadores sociales o que pueden acabar actuando como proveedores para los centros (por ejemplo, cuando un cliente es el único maestro de la escuela a la que asisten los hijos del trabajador social). En estas circunstancias, los trabajadores sociales deben ser cuidadosos en sus esfuerzos por proteger al cliente, tomando en consideración factores como el grado de bienestar del propio facultativo y confiando en su capacidad para gestionar este tipo de relaciones solapadas; la opinión y comprensión de los clientes acerca de los límites marcados y su capacidad para gestionarlos; y la clase de problemas que presenten los clientes. Pueden aparecer cuestiones similares en pequeñas comunidades que posean otras culturas, por ejemplo, cuando un trabajador social que sea religioso es contratado por una agencia de atención familiar y se ve envuelto en su comunidad religiosa al proporcionar servicios a algunos de los miembros de dicha comunidad, o una trabajadora social clínica que sea lesbiana y se implique con la comunidad lesbiana local de modo que reciba solicitudes de servicio por parte de algunos de sus miembros.

- **Trato personal con los clientes:** el trato personal de los trabajadores sociales con los clientes es un tema complejo. Por lo general, los trabajadores sociales concuerdan en que un trato personal relativamente limitado y superficial, gestionado de forma juiciosa, pueden ser apropiado y terapéuticamente beneficioso. No obstante, los trabajadores sociales también reconocen que un trato demasiado personal con el cliente puede perjudicar a los clientes, especialmente cuando este trato se da a raíz de que se conozcan las necesidades personales del trabajador social. Por ejemplo, trabajadores sociales están superando una adicción al uso sustancias y se encuentran con clientes en las reuniones de rehabilitación a las que acuden (como alcohólicos anónimos).
- **Relaciones profesionales con antiguos clientes:** en ciertas ocasiones, puede suceder que antiguos clientes se conviertan en compañeros de trabajo de los trabajadores sociales que les prestaron sus servicios (por ejemplo, antiguos clientes que deciden desarrollar en mismo tipo de actividades de trabajo social a raíz de sus propias experiencias). En estas situaciones, los trabajadores sociales deben dialogar con sus antiguos clientes sobre el los problemas en el establecimiento de unos límites y las maneras de afrontarlos. En ocasiones, la relación profesional con antiguos clientes no tiene por qué ser perjudicial o entrañar riesgos y no sería necesario tomar ningún tipo de medida; sin embargo, según la intensidad y complejidad de la relación entre el facultativo y el antiguo cliente, una relación profesional puede ser difícil de llevar. En este caso, los trabajadores sociales pueden necesitar tomar una serie de decisiones (tales como renunciar a realizar una tarea profesional en la que ambas partes se viesen involucradas).
- **Contratación de antiguos clientes:** algunos programas de servicios sociales (tales como centros de atención psiquiátrica y programas de tratamiento contra el abuso de sustancias) en ocasiones se plantean contratar a antiguos clientes. Desde un punto de vista profesional, este tipo de prácticas se basan en que los antiguos clientes, gracias a su propia experiencia personal, son capaces de proporcionar una empatía y unos servicios tremendamente valiosos para los clientes actuales. Muchos piensan también que contratar a los antiguos clientes es una manera de fomentar su crecimiento personal y proporciona a los clientes actuales un modelo a seguir.

Los trabajadores sociales necesitan considerar cuidadosamente las implicaciones éticas que supone este tipo de prácticas. A pesar de los amplios beneficios que puede suponer, contratar a antiguos clientes entraña diversos riesgos éticos. La contratación de antiguos clientes puede complicar su relación con los empleados del centro, con los que tendrían que tratar ahora como compañeros de trabajo o supervisores, en lugar de como sus antiguos facultativos. Además, podrían darse una situación única en caso de que el antiguo cliente contratado, que ahora forma parte del personal del centro, tenga que volver a ingresar en alguno de los programas de asistencia, volviendo a recuperar el estatus de cliente. Así mismo, los antiguos clientes pueden suponer un serio problema en caso de que tengan acceso a los registros confidenciales del centro.

Para poder hacer frente a cada uno de estos casos sobre la problemática a la hora de establecer unos límites, los trabajadores sociales necesitan estar familiarizados con la bibliografía, políticas del centro, regulaciones, leyes y estándares éticos correspondientes. Además, los trabajadores sociales deben de desarrollar procedimientos que les permitan estar alerta para evitar posibles o existentes conflictos de interés que puedan interferir con el ejercicio de sus tareas profesionales con la máxima discreción y desde un pensamiento imparcial (Epstein, 1994; Gurtheil & Gabbard, 1993; Herlihy & Corey, 1997; Kagle & Giebelhausen, 1994; Reamer, 2001, in press; Simon, 1999).

Documentación. La auditoría ética debe valorar la clase de documentación y procedimientos que emplean los trabajadores sociales. Una documentación correcta y cuidadosa mejorará considerablemente la calidad de los servicios proporcionados a los clientes. Unos registros comprensibles son necesarios para evaluar las circunstancias de cada cliente; planear y prestar los servicios ofrecidos de manera adecuada; facilitar la supervisión, proporcionar una contabilidad apropiada para los clientes, otros proveedores de servicios, agencias de cobro, aseguradoras, personal de revisión y tribunales; evaluar los servicios proporcionados; y asegurar una continuidad en la prestación de futuros servicios (Kagle, 1991, 1995; Madden, 1998; Wilson, 1980). Una minuciosa documentación también sirve de ayuda para asegurar la calidad de los cuidados si el trabajador social principal de un cliente no se encuentra disponible por enfermedad, incapacidad, vacaciones o rescisión de la relación laboral. Adicionalmente, una exhaustiva documentación puede ayudar a proteger a los trabajadores sociales implicados en quejas o demandas de carácter ético (por ejemplo, cuando se necesita la documentación para demostrar que un trabajador social obtuvo el consentimiento informado de un cliente antes de divulgar información confidencial, ser evaluado adecuadamente acerca de posibles intentos de suicidio, consultar con expertos los problemas clínicos del cliente o derivar al cliente a otros facultativos en caso de que se diesen los servicios por finalizados).

Desde un punto de vista clínico, la documentación normalmente incluye una serie de componentes (Austin, Moline, & Williams, 1990; Kagle, 1995; Reamer, 1994; Schutz, 1982; Wilson, 1978):

- Un historial social, evaluación y plan de tratamiento completos que definan los problemas del cliente, razón o razones por las que solicita servicios, objetivos y horarios, estrategias de intervención relevantes, número y duración de las colaboraciones planeadas, métodos de valoración y evaluación de los progresos, y plan y razones de finalización de los servicios.
- Procedimientos de consentimiento informado y firma de formularios de consentimiento para la revelación de información y aplicación de tratamientos.

- Notas sobre todos los contactos establecidos con terceras personas (tales como familiares, conocidos u otros profesionales), ya sea en persona o por teléfono, en las que se incluya una breve descripción de las personas de contacto y cualquier otro dato que pueda resultar importante.
- Notas sobre cualquier asesoramiento por parte de otros profesionales que incluyan la fecha en la que el cliente fue referido a dichos profesionales para la prestación de los servicios.
- Una breve descripción del razonamiento seguido por los trabajadores sociales durante la toma de decisiones o intervenciones realizadas en el transcurso de los servicios.
- Información que resuma cualquier incidente crítico (por ejemplo, intentos de suicidio, amenazas hechas por el cliente a terceros, abuso infantil, crisis familiares), así como la actuación del trabajador social en respuesta a dichos incidentes.
- Cualquier instrucción, recomendación y consejo que se proporcione al cliente, incluyendo sugerencias de búsqueda o derivaciones a otro tipo de especialistas (incluidos médicos).
- Una descripción de todos los contactos establecidos con los clientes, incluyendo la naturaleza de los mismos (por ejemplo, si estos tienen lugar en persona o por teléfono, de forma individual, en familia, en pareja o en terapia de grupo) y la fecha y hora en que tuvieron lugar.
- Notas sobre citas anuladas o en caso de que el cliente no acuda a las mismas.
- Resúmenes de evaluaciones psicológicas, psiquiátricas o médicas pertinentes para las intervenciones realizadas por los trabajadores sociales.
- Información sobre tarifas, cobros, y pagos.
- Razones para la finalización de los servicios y valoración final.
- Copias de todos los documentos relevantes, tales como formularios de consentimiento firmados, correspondencia, acuerdos de pago y documentos judiciales.

En cuanto a los registros, es importante que los trabajadores sociales únicamente incluyan documentación detallada. Estos no deben de ser falseados, no debe de incluirse ninguna información inexacta de manera intencionada.

Injurias. En lo que concierne a la documentación la auditoría ética debe valorar el grado en que los trabajadores sociales disponen de la formación necesaria para asegurar que en sus documentos y comunicaciones acerca de los clientes y empleados evitan usar un lenguaje ofensivo que pueda llegar a ser considerado como difamatorio. En lo que concierne a comportamientos irrespetuosos, las declaraciones peyorativas, despectivas o inadecuadas pueden exponer al trabajador social a riesgos de carácter ético y legal. Las injurias se dan como resultado de “la publicación de cualquier cosa ofensiva en relación al buen nombre o reputación de otros, o de cualquiera que pretenda desacreditarlos” (Gifis, 1991, p.124). Pueden ser de dos tipos: difamaciones o calumnias. Las difamaciones tienen lugar cuando la publicación se da de forma escrita (por ejemplo, cuando las notas de un trabajador social sobre el cliente son leídas por terceras personas interesadas en las circunstancias de este). Las calumnias se dan cuando la publicación se hace de forma verbal (por ejemplo, cuando un trabajador social habla sobre un cliente en una reunión de personal o presenta un informe oral acerca de los progresos del cliente ante un agente de la condicional o un defensor del menor). Los trabajadores sociales pueden ser legalmente acusados por difamación si escriben o dicen algo acerca de un cliente o compañero de trabajo que no sea cierto, si son o deberían ser conscientes

de que sus declaraciones son falsas y si sus afirmaciones causaron algún tipo de perjuicio a los clientes o compañeros de trabajo (por ejemplo, cuando el cliente es expulsado de un programa o el compañero de trabajo es despedido) (Reamer, 1994; Schutz, 1982).

Registros de los clientes. Los trabajadores sociales deben guardar registros tras la finalización de los servicios con el fin de permitir la posibilidad de acceder a ellos en un futuro. Los registros deben permanecer almacenados durante el número de años indicando en los estatutos estatales o contratos pertinentes. Además, los trabajadores sociales deben gestionar el correcto almacenamiento de los registros y preocuparse por los recursos destinados para ello y anticiparse así a casos en los que puedan quedar impedidos, incapacitados, concluyan su trabajo (debido a que se retiren o a causa de procedimientos disciplinarios, por ejemplo) o fallezcan. Los facultativos deben de llegar a una serie de acuerdos con los compañeros de trabajo que estarían dispuestos a asumir la responsabilidad de sus registros en caso de que ellos no estuviesen disponibles por razones de traslado, enfermedad, incapacidad, fallecimiento u otros motivos.

Supervisión. Si ejercen responsabilidades de supervisión, los trabajadores sociales pueden verse envueltos en quejas y demandas de carácter ético debidas a problemas éticos o de negligencia causados por el personal a su cargo. Es lo que se suele citar con el concepto legal de *respondeat superior*, que significa “deja que el maestro responda”, y el concepto de responsabilidad civil subsidiaria (Reamer, 1994). Es decir, que los supervisores pueden ser en parte responsables por las acciones o pasividad en las que se vean envueltos de forma subsidiaria o indirecta (Besharov, 1985; Cohen & Mariano, 1982; Hogan, 1979; NASW, 1994; Reamer, 1989). Una auditoría ética debe examinar la eficacia con la que los supervisores de trabajo social:

- Proporcionan a las personas supervisadas la información necesaria para obtener el consentimiento informado de los clientes.
- Monitorizan el modo en que los miembros supervisados desarrollan e implementan tratamientos y planes de intervención de forma detallada.
- Identifican y responden de los errores de los individuos supervisados en todas las fases en las que estén en contacto con el cliente, como por ejemplo la revelación de información confidencial de manera inapropiada.
- Son conscientes de cuáles de los clientes de estos miembros supervisados necesitan ser reasignados, derivados o han finalizado su tratamiento.
- Están al tanto de si alguno de las personas supervisadas precisa realizar algún tipo de consulta.
- Monitorizan la competencia y disposición o habilidad de los individuos supervisados para afrontar cualquier problema relacionado con su ignorancia, falta de capacidad o comportamiento poco ético.
- Controlan los límites marcados de forma adecuada entre los miembros supervisados y sus clientes.
- Protegen a terceras personas.
- Detectan o ponen fin a planes de tratamiento negligentes o cuya duración se extiende más tiempo del necesario.
- Determinan que ciertos especialistas son necesarios para el tratamiento de determinados clientes.
- Se reúnen habitualmente con las personas supervisadas.
- Revisan y aprueban los registros, decisiones y acciones de personal supervisado.

- Proporcionan la cobertura necesaria en ausencia de los individuos supervisados.
- Se encargan de la documentación referente a la supervisión.
- Mantienen relaciones apropiadas con las personas a las que supervisan.
- Escuchan cuidadosamente las inquietudes de los miembros supervisados sobre sus preocupaciones y problemas éticos.
- Dan a los individuos supervisados el tiempo y la carga de trabajo suficientes para que puedan cumplir con sus responsabilidades laborales.
- Disponen del tiempo suficiente en su trabajo para desarrollar las tareas de supervisión de forma adecuada.

Para aclarar la naturaleza de la supervisión que proporcionan, muchos supervisores preparan acuerdos y convenios que deben firmar tanto ellos como las personas a las que supervisan. *NASW's Guidelines for Clinical Social Work Supervision* (1994) sugiere que dichos convenios traten diversos temas clave:

- Contexto de la supervisión: explicación detallada de los propósitos y objetivos de la supervisión, del personal que prestará sus servicios de supervisión y de cualquier método de supervisión que vaya a emplearse (por ejemplo, grabaciones de audio o video).
- Plan de aprendizaje: identificar los objetivos específicos del aprendizaje. Identificar cualquier área de conocimiento y de especialización específicas que serán una prioridad.
- Formato y horario: dejar clara la asiduidad con la que serán llevadas a cabo las tareas de supervisión, así como la localización, duración y formato de las mismas (por ejemplo, si se tratará de supervisiones individuales o grupales, si se podrá contactar con el supervisor por teléfono o correo electrónico, y si se empleará alguna técnica de supervisión concreta, como registros del proceso, ensayos prácticos, observación tras espejos unidireccionales o grabaciones de audio o video).
- Responsabilidad: explicación detallada de cuál es la naturaleza de la autoridad del supervisor dentro del contexto de la supervisión, por ejemplo, si se espera que el supervisor realice evaluaciones de personal, proporcione recomendaciones a las personas supervisadas o firme registros de los casos o formularios de reclamación.
- Resolución de conflictos: resumir los procedimientos que serán usados para afrontar los conflictos o desacuerdos entre supervisor y personal supervisado. Pudiendo incluir también detalles que hagan referencia a posibles mediaciones o apelaciones.
- Compensación: si el supervisor obtiene un sueldo por sus servicios, establecer quién es el responsable del pago, los términos de la remuneración y los derechos y obligaciones de cada una de las partes.
- Notificación al cliente: incluir una serie de disposiciones para notificar a los clientes que la supervisión está teniendo lugar, cuál es la naturaleza de la información que se va a compartir y el nombre y afiliación del supervisor (o el nombre y afiliación de alguien con poder administrativo).
- Duración y finalización: indicar cuánto durará el periodo de supervisión (por ejemplo, indicando las fechas de comienzo y fin) y detallar los procedimientos de finalización de la misma.

Desarrollo y formación del personal: la auditoria ética debe examinar la formación que los centros proporcionan a sus empleados en lo que respecta a temas éticos. Dicha preparación debe de incluir una revisión de cuestiones relacionadas con:

- Experiencias prácticas relevantes.

- Responsabilidad y ética profesionales (especialmente en el caso de áreas de mayor riesgo y el ámbito de la toma de decisiones de carácter ético).
- Estatutos y regulaciones estatales y regionales pertinentes.
- Herramientas de valoración.
- Técnicas de intervención.
- Métodos de evaluación.
- Asistencia en casos de emergencia y prevención de intentos de suicidio.
- Supervisión de los clientes en programas residenciales.
- Confidencialidad y comunicaciones privilegiadas (la formación debe incluir a los facultativos, personal administrativo, otros tipos de personal no profesional y voluntarios)
- Consentimiento informado.
- Tratamientos y prestación de servicios de forma inadecuada.
- Injurias.
- Problemas con los límites establecidos en las relaciones con clientes y compañeros de trabajo (relaciones dobles y múltiples).
- Consulta y derivación a compañeros de trabajo y especialistas.
- Fraude y engaño.
- Finalización de los servicios.

Consulta. Los trabajadores sociales suelen necesitar u obtener consejo de otros compañeros de trabajo, incluyendo trabajadores sociales y miembros de otras profesiones afines, que tengan experiencia específica en ciertas áreas. Los trabajadores sociales estarían expuestos a quejas y demandas de carácter ético si no logran obtener la ayuda que han garantizado o si realizan consultas a profesionales con una experiencia inadecuada; es lo que se conoce como *consulta negligente*. La auditoría ética debería enfocarse en los procedimientos que usan los trabajadores sociales para localizar y trabajar con los consultores.

Remisión de clientes. De forma similar, la auditoría ética debe valorar los procedimientos y políticas usados por los trabajadores sociales en lo que se refiere a la derivación de clientes. Existen varias circunstancias en las que el trabajador social puede remitir clientes a otros profesionales. Hay casos en los que los clientes requieren algún tipo de asistencia especializada que se aleja de las áreas de especialización de los trabajadores sociales. En otras ocasiones, un trabajador social y un cliente pueden acordar que sería mejor dar por finalizada la relación profesional entre ambos para recibir los servicios por parte de otro profesional. Esto puede ocurrir cuando el cliente no parece estar haciendo progresos satisfactorios con el trabajador social o cuando las necesidades del cliente requieren de conocimientos y habilidades que se alejan del área de especialización del trabajador social.

Los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de derivar a los clientes a compañeros de trabajo cuando carecen de la experiencia o tiempo necesarios para dar asistencia a los clientes según sea necesario. Como parte de este proceso, los trabajadores sociales deben remitir a los clientes a profesionales de sólida reputación y a facultativos con las credenciales apropiadas. De otro modo, los trabajadores sociales pueden ser acusados de *remisión negligente*.

Los trabajadores sociales que deriven clientes a otros profesionales deben seguir unos procedimientos concretos. Primero, es importante analizar con los clientes las razones por las que se les va a transferir, para asegurar que ambas partes estén de acuerdo en que es la mejor opción. Los trabajadores sociales deben estar preparados para responder

cualquiera de las cuestiones que el cliente pueda realizar sobre la necesidad de la derivación. Segundo, teniendo en cuenta cuáles serían las opciones más adecuadas a nivel local para transferir al cliente a otro tipo de profesionales, estas deben de ser consideradas cuidadosamente junto con el cliente. Proporcionar a los clientes la posibilidad de elegir nuevos proveedores de servicios aumenta sus opciones y evita cualquier sugestión por parte del trabajador social si este está intentando que el cliente acuda a algún facultativo en particular. Tercero, los trabajadores sociales que derivan clientes a otros profesionales deben de revelar a los nuevos facultativos toda la información pertinente, siempre con el consentimiento de los clientes. Los trabajadores sociales pueden analizar con los clientes qué tipo de información consideran relevante y debe de ser compartida con el nuevo profesional. Los trabajadores sociales deben explicar a los clientes los posibles beneficios (por ejemplo, facilitar la prestación de los nuevos servicios) y riesgos (por ejemplo, la revelación de información confidencial) asociados a dicha revelación. Finalmente, los trabajadores sociales deben de realizar un seguimiento del cliente una vez que se produzca la derivación, con el fin de asegurarse de que este contactó con el nuevo profesional. Aunque los trabajadores sociales no pueden obligar a los clientes a contactar con los nuevos proveedores de servicios, realizando un seguimiento se puede demostrar que el facultativo ha intentado por todos los medios asegurar que las necesidades del cliente se viesen cubiertas.

Fraude. Una auditoría ética debe examinar la efectividad de los procedimientos y políticas que usan los trabajadores sociales para evitar los diversos tipos de fraude. Entre los riesgos de este tipo podemos encontrar procedimientos de facturación o documentación de manera fraudulenta (Jayaratne, Croxton, & Mattison, 1997; Kirk & Kutchins, 1988). Otros ejemplos los podemos encontrar en el caso de trabajadores sociales que deliberadamente presenten formularios de reclamación contra las aseguradoras o comprobantes de gastos de viaje adornados de algún modo, falsifiquen la firma de algún supervisor en formularios oficiales, llegan a acuerdos con psiquiatras para que firmen formularios de reclamación contra aseguradoras como si ellos estuviesen involucrados directamente en el tratamiento de los clientes, falsifican las estadísticas sobre el uso de los servicios o completan formularios de consentimiento informado después de que los clientes los hayan firmado. Desde el punto de vista laboral deben existir procedimientos con el fin de asegurar que el personal, por ejemplo, no falsifique solicitudes de trabajo, realice registros sobre los casos (por ejemplo, registrando visitas a hogares que no se han realizado o admitiendo que el cliente ha dado su consentimiento cuando no lo ha hecho), exageren diagnósticos clínicos para obtener pagos por parte de terceros, o generar facturas para terceros pagadores por servicios que no se han prestado.

Finalización de los servicios y abandono de clientes. La rescisión de los servicios es una de las etapas críticas donde pueden aparecer riesgos importantes, especialmente si se tienen en cuenta las políticas y procedimientos de asistencia (Reamer, 1997; Schamess & Lightburn, 1998; Strom-Gottfried, 1998). Los trabajadores sociales se exponen a sí mismos a este tipo de riesgos cuando finalizan sus servicios de forma inapropiada (por ejemplo, cuando un trabajador social deja un centro de una forma relativamente repentina sin remitir a los clientes a otros facultativos de manera adecuada o dan por terminada su labor con un cliente vulnerable que no ha pagado una deuda pendiente). Los trabajadores sociales pueden también encontrarse con situaciones de riesgo tales como finalizar sus servicios de forma inapropiada cuando un cliente no

cumple las normas, si no tiene una disponibilidad razonable para los clientes, o no les informa adecuadamente sobre cómo gestionar posibles situaciones de emergencia.

En general, estos problemas están comprendidos en lo que los abogados denominan *abandono*. El abandono es un concepto legal que se refiere a los casos en los que un profesional no está disponible para el cliente cuando es necesario. Una vez que los trabajadores sociales comienzan a proporcionar sus servicios al cliente, estos incurren en la responsabilidad ética y legal de continuar dicho servicio o derivar adecuadamente a los clientes a otros profesionales competentes. Por tanto, la auditoría ética evalúa la adecuación de los criterios y procedimientos de finalización de los trabajadores sociales. Estos últimos son los encargados de llevar a cabo el número de pasos necesarios para evitar el abandono de los clientes (Austin, Moline, & Williams, 1990; Reamer, 1994; Schutz, 1982):

- Realizar consultas a compañeros de trabajo o supervisores acerca de la decisión de finalizar sus servicios. En algunos casos afrontar problemas relevantes puede prevenir dicha finalización. Por ejemplo, los trabajadores sociales pueden encontrarse con un cliente que tenga razones para no pagar una deuda pendiente y han de desarrollar un plan de pagos viable. Los trabajadores sociales cuyos clientes no presentan progresos razonables pueden modificar sus procedimientos de intervención para mejorar el progreso de los clientes.
- Dar tantas advertencias como sea posible antes de que los clientes finalicen los servicios.
- Proporcionar a los clientes los nombres, direcciones y teléfonos de al menos tres profesionales a los que pueden ser remitidos cuando sea necesario finalizar los servicios.
- Cuando los clientes anuncian su decisión de rescindir los servicios de forma prematura, se les debe de informar sobre los riesgos que ello supone y ofrecer sugerencias acerca de servicios alternativos. Esta información debe ser incluida en una carta de seguimiento.
- En los casos que impliquen el alta de un cliente de un centro residencial, hay que asegurarse de que se ha formulado un plan de salida comprensible y otras personas significativas han sido informadas del alta del cliente (el cliente debe estar al tanto de ello). En casos de clientes en los que exista una orden judicial, es necesario buscar consejo legal y la aprobación del tribunal antes de finalizar la asistencia.
- Realizar un seguimiento del cliente que haya concluido la prestación de los servicios. Si no acude a los profesionales a los que ha sido referido, es conveniente escribir una carta al cliente acerca de los riesgos que supone seguir con la remisión.
- Dar a los clientes instrucciones claras a seguir y los números de teléfono pertinentes en caso de emergencia. Incluir una copia de estas instrucciones en los registros de sus casos. Pedir a los clientes que firmen estas copias, indicándoles que recibirán esas instrucciones y explicárselas.
- Cuando no acudan al centro durante un tiempo prolongado, deben llamar de forma regular y dejar mensajes. Los trabajadores sociales que se ausenten de su puesto de trabajo deben dejar el número de un teléfono de emergencia a una secretaria, en un servicio de contestador o en un contestador automático. Los trabajadores sociales que anticipen que ciertos clientes pueden precisar de asistencia durante su ausencia deben derivar a dichos clientes a compañeros de profesión con la experiencia apropiada.
- Los trabajadores sociales que dejen su puesto de trabajo (por ejemplo, para comenzar en un nuevo puesto) deben informar a sus clientes de las opciones adecuadas para continuar con los servicios (tales como remitirlos a otros proveedores de servicios o

continuar con el mismo trabajador social en su nuevo lugar de trabajo) y sobre los riesgos y beneficios de estas opciones.

- Documentar cuidadosamente en los registros del caso todas las decisiones y acciones relacionadas con la terminación de los servicios.

Desgaste del facultativo. Todos los profesionales necesitan estar al tanto de la posibilidad de que los facultativos pueden sufrir un desgaste o en el caso de compañeros de trabajo puede observarse un descenso en la calidad de sus funciones por debajo de unos estándares aceptables (Barker & Branson, 2000; Berliner, 1989; Besharov, 1985; Bullis, 1995). Un porcentaje significativo de las quejas o demandas presentadas por razones éticas contra trabajadores sociales están relacionadas con lo que se conoce como desgaste profesional (Reamer, 1992, 1994). En vista del creciente interés acerca de este fenómeno, se añadieron varias normas específicas respecto al Código de la NASW *Code of Ethics* de 1993 NASW por primera vez y retenidos en el código de 1996.

El deterioro puede implicar errores al tratar de proporcionar una asistencia competente o incluso violaciones de los estándares éticos de los trabajadores sociales. También puede conllevar una presentación de servicios defectuosos o de baja calidad, implicaciones sexuales con algún cliente, o errores a la hora de desempeñar las tareas profesionales como resultado del abuso de sustancias o enfermedad mental (Lamb et al., 1987). Este desgaste puede ser resultado de un amplio rango de factores, tales como estrés laboral, enfermedad o fallecimiento de algún familiar, problemas de pareja o matrimoniales, dificultades económicas, crisis de mediana edad, problemas físicos o psicológicos, problemas legales, y abuso de sustancias (Bisell & Haberman, 1984; Guy, Poelstra, & Stark, 1989; Thoreson, Miller, & Krauskopf, 1989).

En vista de la importancia de este desgaste profesional en los facultativos, la auditoría ética debe examinar el grado en que los trabajadores sociales comprenden la naturaleza del deterioro profesional y sus posibles causas, están alerta para detectar cualquier signo de peligro y siguen los procedimientos necesarios para prevenir, identificar y responder de manera apropiada a casos de deterioro. De manera ideal, los esfuerzos de los trabajadores sociales por hacer frente a casos de desgaste entre sus compañeros de trabajo incluirían las siguientes pautas (Fausel, 1988; Schoener & Gonsiorek, 1988; Sonnenstuhl, 1989; VandenBos & Duthie, 1986):

- Los trabajadores sociales necesitan ser capaces de identificar y reconocer casos de deterioro cuando estos ocurran.
- Los trabajadores sociales deben tener algún tipo de conocimiento sobre las causas del desgaste profesional.
- Cuando sea factible, los trabajadores sociales deben tener la disposición de aproximarse a los compañeros de trabajo que presentes síntomas de deterioro, hablar sobre qué les preocupa, y sugerir posibles soluciones o medidas correctivas (lo que Sonnenstuhl, 1989, denominó como “confrontación constructiva”).
- Si los esfuerzos por trabajar con un compañero de trabajo que sufre desgaste no funcionan, los trabajadores sociales deben llevar a cabo otro tipo de acciones a través de los canales adecuados establecidos por empresarios, agencias, NASW, organismos de regulación y otras organizaciones profesionales (tales como asociaciones de profesionales que garantizan a trabajadores sociales el uso de enfoques de tratamiento concretos o el trabajo con un grupos concretos de clientes).

Además, los trabajadores sociales que fuesen conscientes de su propio desgaste profesional tienen la obligación de seguir los pasos adecuados para solucionar esta

situación. Las opciones incluyen la búsqueda de asesoramiento apropiado y ayuda profesional, hacer ajustes en su carga de trabajo y, cuando sea necesario, finalización de sus actividades laborales.

Evaluación e investigación. Muchas agencias de servicios sociales llevan a cabo estudios y evaluaciones para mejorar la efectividad práctica y aportar conocimientos a la profesión del trabajo social y la sociedad en general. Estos están basados en distintos métodos de análisis (tales como diseños de caso único, diseños de grupo de control, encuestas, entrevistas, cuestionarios, observación y análisis de datos secundarios) y se enfocan en resultados y dinámicas clínicos, efectividad de los programas, aplicación de políticas e iniciativas administrativas.

La auditoría ética debe valorar los procedimientos y políticas diseñados para evaluar servicios y programas, aportar nuevos conocimientos y proteger a los participantes durante el desarrollo de estos estudios y evaluaciones (Grinnell, 1997; Reamer, 1998; Rubin & Babbie, 1997). La auditoría debe centrarse específicamente en las políticas y procedimientos fomenten a los facultativos a:

- Desarrollar programas, políticas y servicios de estudio y evaluación.
- Estar al corriente de los últimos descubrimientos relevantes para el trabajo social y usar estas demostraciones sobre métodos de estudio y evaluación en su ámbito profesional.
- Seguir las pautas desarrolladas para la protección de los participantes en estudios y evaluaciones (incluyendo las consultas a comités de evaluación apropiados).
- Obtener de forma voluntaria el consentimiento informado por escrito de los participantes en estudios y procesos de evaluación cuando sea preciso.
- Informar a los participantes de su derecho a renunciar a los procedimientos de estudio y evaluación en cualquier momento sin ninguna consecuencia.
- Tomar las precauciones necesarias para asegurar que los participantes en evaluaciones o estudios tengan acceso a servicios de apoyo adecuados.
- Proteger a los participantes de procesos de evaluación y estudio de cualquier daño, perjuicio, peligro o carencia mentales o físicos no justificados.
- Dialogar acerca de la información recolectada únicamente con fines profesionales y solo con el personal que esté al tanto de dicha información.
- Asegurar el anonimato o confidencialidad de los participantes y los datos obtenidos de ellos, en la medida en que así lo permitan las leyes y regulaciones.
- Proteger la confidencialidad de los participantes en estudios y procesos de evaluación omitiendo información identificativa a menos que se tenga el consentimiento pertinente que autorice su divulgación.
- Informar con exactitud sobre los resultados obtenidos de los procesos de estudio y evaluación.
- Evitar conflictos de interés y relaciones dobles con los participantes de los estudios y evaluaciones.

Toma de decisiones éticas:

Una parte significativa de las quejas y demandas relacionadas con cuestiones éticas derivan de la complejidad de los dilemas éticos a los que se enfrentan los trabajadores sociales. Es decir, que los denunciantes a menudo alegan que los trabajadores sociales gestionan los dilemas éticos de forma errónea o reflejando falta de criterio.

Desde principios de los ochenta, la mayoría de profesiones, incluyendo las relativas al trabajo social, desarrollan protocolos para ayudar a los facultativos a la hora de tomar

complicadas decisiones de carácter ético cuando se encuentran frente a dilemas éticos (Loewenberg & Dolgoff, 1996; Reamer, 1999). Estos dilemas éticos ocurren cuando los trabajadores sociales afrontan obligaciones y deberes profesionales contradictorios. Estas contradicciones pueden presentarse en trabajos sociales clínicos, administrativos, comunitarios y de apoyo, en investigación y al diseñar políticas. En el lenguaje filosófico, los dilemas éticos entrañan conflictos en la ética de los deberes *prima facie duties* (Ross, 1930), es decir, conflictos entre los deberes que los trabajadores sociales están obligados a cumplir.

La auditoría ética debe valorar como los trabajadores sociales se familiarizan con la variedad de dilemas éticos relacionados con su puesto de trabajo y con los procedimientos que siguen para tomar decisiones de carácter ético. Los trabajadores sociales clínicos deben estar familiarizados con estos dilemas éticos que surgen a raíz de conflictos relacionados con su deber para así poder proteger la confidencialidad del cliente, respetar sus derechos a la autodeterminación, respetar sus costumbres sociales y culturales, protegerles de cualquier perjuicio causado por terceros, ser honestos, y mantener unos límites laborales definidos (Dean & Rhodes, 1992; Loewenberg & Dolgoff, 1996; Reamer, 1998, 1999). Por ejemplo, normalmente, los trabajadores sociales optan por proteger los derechos de autodeterminación de sus clientes y por protegerlos de cualquier perjuicio. Sin embargo, en ocasiones, los clientes ejercen sus derechos de autodeterminación de modo que se causan algún tipo de perjuicio a sí mismos (por ejemplo, cuando un cliente sin hogar decide dormir a la intemperie con temperaturas bajo cero o cuando una mujer maltratada informa a su asistente social que planea volver a casa de nuevo junto a la pareja que abusa de ella, porque así lo dictan sus costumbres).

En contraposición, los administradores de trabajo social deben familiarizarse con los dilemas éticos que implican la asignación de provisiones o recursos limitados (a lo que los filósofos se refieren como problemas de equidad distributiva), ser honestos y el cumplimiento de las regulaciones, políticas y leyes pertinentes (Kurzman, 1983; Levy, 1982). Por ejemplo, un trabajador social administrativo puede verse atrapado entre su obligación de ser veraz y su deber de retener información potencialmente lesiva ante la insistencia de un periodista que está investigando unas alegaciones por fraude en el centro. El director de un modesto programa de acogida para personas con bajos ingresos puede tener que realizar un enfoque ético para distribuir un pequeño número de viviendas de protección oficial entre un gran número de solicitudes (por ejemplo, repartiendo los limitados recursos en función de las necesidades, criterios de discriminación positiva, un sorteo o por orden de llegada). El presidente de una asociación de vecinos podría tener que decidir entre su deber de apoyar los derechos de los usuarios de un vecindario a su autodeterminación y su obligación de oponerse a los esfuerzos racistas de los usuarios por expulsar a vecinos de color con pocos recursos bajo la excusa de una renovación urbana. Un trabajador social podría enfrentarse a la difícil decisión entre proteger la reputación (y futura financiación) del centro en el que trabaja y revelar una conducta ética reprobable por parte del director ejecutivo del centro. En estos casos, los trabajadores sociales deben conciliar sus deberes y obligaciones en conflicto de un modo que sea consistente con los valores y estándares éticos profesionales.

La auditoría ética debe evaluar la familiaridad con la que los trabajadores emplean protocolos de toma de decisiones desarrollados recientemente con el fin de atajar dichos dilemas éticos, incluyendo cada uno de los puntos de los que se componen. La mayoría de estos protocolos incluyen un esquema con las pautas que los facultativos pueden seguir para orientarse a la hora de abordar dilemas éticos de forma sistemática, basados

específicamente en teorías éticas; literatura especializada relevante; estatutos, regulaciones, códigos éticos y políticas; y consultas con especialistas. Por ejemplo, el protocolo para la toma de una decisión consta de 7 pasos (Reamer, 1999; ver también Congress, 1998; Joseph, 1985, y Loewenberg & Dolgoff, 1996):

- I Identificar los problemas éticos, incluyendo los valores y deberes en conflicto del trabajador social.
- II Identificar a los individuos, grupos y organizaciones que podrían verse afectados por la decisión ética.
- III Con la mayor prudencia, identificar todas las posibles vías de actuación y a las personas involucradas en cada una, así como los posibles beneficios y riesgos en cada caso.
- IV Examinar minuciosamente las razones a favor y en contra de cada una de las posibles vías de acción, considerando relevantes: (a) teorías éticas, principios y directrices; (b) códigos éticos y principios legales; (c) teorías y principios del desempeño del trabajo social y (d) valores personales (incluyendo creencias religiosas, culturales y étnicas, e ideologías políticas).
- V Consultar con los compañeros de trabajo y especialistas apropiados (tales como personal del centro, supervisores, administradores, abogados, expertos en ética y comités éticos).
- VI Tomar una decisión y documentar el procedimiento de toma de decisiones.
- VII Monitorizar, evaluar y documentar la decisión.

Alguno de los elementos de este protocolo de toma de decisiones requiere de una serie de conocimientos y habilidades. En lo concerniente al paso IV, por ejemplo, la auditoría ética debe valorar el grado con el que los trabajadores sociales se familiarizan con una extensa enseñanza de teorías, principios y directrices éticas. Hoy en día, los estudiantes de trabajo social y de otras profesiones están familiarizados con la teoría estándar de la ética que, antes de principios de los ochenta, era tratada principalmente en clases de filosofía tradicional y cursos de ética, más que en formación profesional o enseñanzas superiores (Callahan & Bok, 1980). A principios de los años ochenta, sin embargo, en varias profesiones se comenzó a reconocer la importancia de la teoría ética dedicada a profesionales para intentar lidiar con la complejidad de los criterios éticos. Como consecuencia, ahora a los trabajadores sociales se les imparten clases sobre *ética normativa*, incluyendo los que los filósofos llaman como *deontología*, *consecuencialismo*, *utilitarismo* y *teoría de la virtud*. Estas diversas perspectivas filosóficas son usadas normalmente al analizar dilemas éticos desde diferentes ángulos conceptuales. (Para un análisis en profundidad sobre estas diferentes perspectivas filosóficas, ver Frankena, 1973; Hancock, 1974; Rachels, 1993; Reamer, 1993, 1999).

El uso de códigos éticos relevantes, otro de los componentes del paso IV, también requiere de conocimientos especializados, especialmente desde la ratificación del *Code of Ethics* de la NASW de 1996. Este código de 1996 – solo este tercer código en la historia de la NASW – constituye un cambio radical en los estándares éticos de los profesionales (Reamer, 1998). El primer código de la NASW, ratificado en 1960 constaba únicamente de una página e incluía 14 “proclamas” generales al respecto, como que, por ejemplo, es deber de cada trabajador social dar prioridad a sus responsabilidades profesionales sobre sus intereses personales; respetar la privacidad de los clientes; proporcionar un servicio apropiado durante emergencias públicas; y aportar sus conocimientos, habilidades y apoyo a programas de servicio social.

En contraste, el *Code of Ethics* de 1996 contiene una enorme cantidad de contenido relevante mucho más específico y adaptado a los tiempos actuales. Además de que se recogen una nueva declaración redactada para esta profesión en concreto y una breve

descripción de los valores y principios éticos generales en los que se fundamenta el trabajo social, el código incluye 155 estándares éticos específicos para guiar el comportamiento de los trabajadores sociales y proporcionar unas bases para el dictamen de sentencias durante demandas de carácter ético presentadas contra miembros de la NASW. (...datos sobre el código ratificado en EEUU). A la luz de los recursos disponibles, la auditoría ética en el trabajo social debe evaluar la capacidad de los trabajadores sociales para valerse por sí mismos e informarse cuando se enfrenten a dilemas éticos, consulten a comités de ética, decidan sobre códigos éticos y realicen una auditoría ética.

¿Cómo llevo a cabo una Auditoría Ética?

Pasos en una Auditoría Ética

Llevar a cabo las auditorías éticas actuales implica diferentes etapas clave:

- 1 En el centro de trabajo, un miembro de la plantilla debe asumir el papel de presidente del comité de la auditoría ética. Los miembros deben ser nombrados por el comité en base al interés mostrado en las políticas y prácticas del centro relacionadas con la ética. De forma ideal, el presidente habría obtenido formación adecuada relativa a la ética profesional. Los facultativos por cuenta propia pueden solicitar la asistencia de compañeros de profesión que conozcan o de un grupo de supervisión por parte de homólogos.
- 2 Usando como guía el esquema de temas contenido en la auditoría ética, el comité debe identificar los problemas específicos de carácter ético en los que se van a enfocar. En algunos lugares de trabajo el comité puede decidir llevar a cabo una auditoría ética exhaustiva, una que abarque todos los temas. En otros centros, el comité puede centrarse en cuestiones éticas específicas que sean especialmente importantes en dichos entornos de trabajo.
- 3 El comité de auditoría ética debe decidir qué tipo de datos necesitará para realizar la auditoría. Los datos pueden ser recabados a partir de documentación y entrevistas con el personal del centro que presenten alguno de los problemas específicos en los que se centra la auditoría. Por ejemplo, el personal puede examinar los derechos y formularios de consentimiento informado de los clientes del centro. Así mismo, el personal puede entrevistar o realizar cuestionarios a “informantes clave” en el centro acerca de asuntos como el alcance y contenido de la formación de carácter ético que han recibido o proporcionado, problemas éticos específicos que necesiten atención, y maneras de atajar los problemas éticos imperantes. El personal puede querer consultar con un abogado ciertos problemas legales (por ejemplo, las implicaciones recogidas en leyes sobre confidencialidad estatales o en sentencias judiciales clave) y documentos del centro (por ejemplo, la oportunidad para el centro de revisar formularios de revelación de información o de consentimiento informado). Además, el personal debe revisar todas las leyes y regulaciones pertinentes (estatales, autonómicas y regionales), así como los códigos éticos relacionados con la confidencialidad, comunicación privilegiada, consentimiento informado, registros del cliente, finalización de los servicios, supervisión, licencia, cuestiones de personal y conductas profesionales reprobables.
- 4 Una vez que se han reunido y revisado los datos necesarios, el comité de auditoría ética debe valorar el nivel de riesgo asociado a cada tema. Para abordar la evaluación en cada uno de los temas se dividen en dos secciones: políticas y procedimientos. La auditoría ética requiere la valoración por separado y de forma adecuada de varios procedimientos y políticas de carácter ético. Las políticas

pueden quedar reflejadas en los documentos oficiales o memorandos oficiales del centro (por ejemplo, políticas oficiales respecto a la confidencialidad, consentimiento informado, relaciones dobles y finalización de los servicios). Los procedimientos precisan de la gestión de los problemas éticos por parte de los actuales trabajadores sociales del centro en lo que respecta a sus relaciones con clientes y compañeros de trabajo (por ejemplo, los pasos concretos que el personal sigue a la hora de hacer frente a problemas éticos que implican la confidencialidad o el desgaste de algún compañero de trabajo, las explicaciones rutinarias que se ofrecen a los clientes en lo que respecta a las políticas del centro sobre consentimiento informado y confidencialidad, obtención de consultas éticas, finalización de formularios de consentimiento informado, documentación colocada en los registros de casos relacionados con situaciones éticamente complejas, supervisión y formación proporcionados en el contexto ético de los temas analizados).

Cada asunto analizado en la auditoría debe ser asignado a una de estas cuatro categorías de riesgos: (1) no existe riesgo - las prácticas actuales son aceptables y no son susceptibles de sufrir modificaciones; (2) riesgo mínimo - las prácticas actuales son razonablemente adecuadas; podrían ser útiles ligeras modificaciones; (3) riesgo moderado - las prácticas actuales representan un problema; son necesarias modificaciones para minimizar los riesgos; y (4) alto riesgo - las prácticas actuales son totalmente incorrectas; son necesarias modificaciones significativas para minimizar los riesgos. Los evaluadores deben indicar el valor apropiado en el espacio existente junto a cada uno de los temas en las listas proporcionadas en el instrumento de auditoría.

- 5 Una vez que la auditoría ética ha sido completada, los trabajadores sociales necesitan seguir una serie de pasos para hacer un uso constructivo de las averiguaciones realizadas. Los trabajadores sociales deben desarrollar un “Plan de Acción” para cada una de las áreas de riesgo que precisen atención. Las áreas que se encuentren en la categoría de “riesgo elevado” deben recibir atención inmediata. Estas son áreas que ponen en riesgo a los clientes y exponen a los trabajadores sociales y sus centros de modo que se arriesgan gravemente a quejas y demandas de carácter ético. Las áreas que se encuentren en las categorías de “riesgo moderado” y “riesgo mínimo” deben recibir atención tan pronto como sea posible.

En las instalaciones del centro, a menudo los administradores son las personas más adecuadas para supervisar los esfuerzos por afrontar las áreas problemáticas identificadas en una auditoría ética. En algunos casos, los administradores pueden requerir el nombramiento de un cuerpo o comité de tareas especiales, aparte del comité de la auditoría ética, para que gestione las incidencias encontradas. Un número cada vez mayor de instituciones han establecido “comités de ética institucionales” (CEIs) que asumen estas responsabilidades (Conrad, 1989; Reamer, 1987b). Los CEIs, que se introdujeron por primera vez en 1976 como resultado de un fallo de la Corte Suprema de Nueva Jersey en el caso Karen Ann Quinlan, pueden ser un mecanismo de gran utilidad para afrontar los problemas de las áreas identificadas en una auditoría ética como, por ejemplo, formularios de consentimiento informado desfasados, políticas de confidencialidad incompletas, y procedimientos inadecuados durante la finalización de servicios.

- 6 Establecer prioridades entre las áreas que más preocupan en base al grado de riesgo que implican y a los recursos disponibles.
- 7 Explicar con detalle las medidas específicas que es necesario adoptar para solucionar los problemas en las áreas identificadas. Entre alguno de los ejemplos

que podemos encontrar en este caso tenemos la revisión de todos los formularios de consentimiento informado actuales y creación de versiones actualizadas de los mismos; redacción de nuevas políticas de confidencialidad de manera comprensible; creación de directrices sobre los derechos de los clientes; inauguración de cursos de formación para el personal responsable de la supervisión; fortalecimiento del programa de formación de personal en lo referente a la documentación y cuestiones de establecimiento de límites definidos; y preparación detallada de procedimientos a seguir por parte del personal cuando se finalicen los servicios con los clientes. Identificar todos los recursos necesarios para gestionar las áreas en riesgo como, por ejemplo, el personal del centro, los asesores legales y los consejeros sobre ética.

- 8 Identificar qué miembros del personal serán los responsables para las diversas tareas y establecer un horario de trabajo para el desarrollo de cada una de ellas. Solicitar la revisión y aprobación por parte de un abogado de las políticas y procedimientos con el fin de asegurar el cumplimiento de las leyes, regulaciones y opiniones judiciales
- 9 Identificar el mecanismo a seguir en cada una de las tareas para garantizar su cumplimiento y monitorizar su implementación.
- 10 Documentar de forma completa todo el proceso que implica la auditoría ética. Esta documentación puede ser útil en caso de demanda de carácter ético en la que se alegue negligencia (así se pueden presentar evidencias de los esfuerzos del centro o los facultativos para solucionar problemas éticos específicos). Además, puede ser útil en el momento en que los centros se sometan a exámenes de acreditación, en los que se tiene que demostrar cómo han gestionado gran variedad de problemas éticos.

Caso práctico

El director ejecutivo de un centro de servicios sociales en un área metropolitana acude a un taller sobre ética en el trabajo social. En el taller, el trabajador social descubrió las bases de la auditoría ética y decidió llevar a cabo una en su centro. Durante el taller el administrador se dio cuenta de que varias de las prácticas del centro no cumplían con los estándares éticos actuales y, como resultado, ello suponía un riesgo tanto para los clientes como para el propio centro. El administrador estaba especialmente preocupado porque el centro tenía concertada una revisión para una reacreditación.

El administrador ordenó al director asociado del centro supervisar la auditoría ética. Este convocó una reunión con los gestores de las diferentes divisiones y programas del centro, revisó los conceptos de una auditoría ética y deliberó junto con el personal posibles estrategias que podrían emplear para reunir la información necesaria. Tras la primera reunión, el personal acordó que la información tendría que ser adquirida por diversos medios, incluyendo los documentos existentes en el centro (por ejemplo, declaraciones sobre los derechos de los clientes, formularios de consentimiento informado, declaraciones de confidencialidad, procedimientos del personal), cuestionarios internos rellenados por el personal acerca de las prácticas realizadas en el centro (por ejemplo, supervisión de protocolos, procedimientos de derivación, procedimientos usualmente utilizados durante la finalización de los servicios), y entrevistas personales con el personal de gestión en relación a temas de especial sensibilidad (por ejemplo, comprensión hacia compañeros de trabajo con episodios de desgaste, propuestas para atender dicho desgaste). El personal también acordó que podían incrementar la calidad y credibilidad de la auditoría incluyendo dos consultores externos en su comité de tareas (los consultores externos eran el director ejecutivo de un centro local que una vez presidió el Comité de Investigación a nivel estatal de la NASW

y un educador de trabajo social local con conocimientos sobre ética en el trabajo social).

Una vez que se recabaron y cotejaron los datos, se realizaron copias de todos los documentos relevantes y un estudio de los resultados de las entrevistas fue distribuido a todos los miembros del comité. Se dio tiempo al comité para que revisara y analizara los resultados y, en grupo, revisaron cada uno de los elementos abordados en la auditoría asignándoles una puntuación (esto es, sin riesgo, riesgo mínimo, moderado o elevado). Cuando el comité de tareas fue incapaz de alcanzar un consenso sobre la categoría en la que se encontraba alguno de los asuntos, se promediaba la puntuación de los valores dados de forma individual por cada uno de los miembros del grupo, colocando el tema en cuestión en la categoría de riesgos correspondiente al valor más próximo a la cifra obtenida tras calcular el valor medio.

Los resultados de la auditoría ética indicaron que el centro de servicios sociales se enfrentaba a problemas de riesgo elevado. Estos incluían la necesidad de actualizar las políticas de confidencialidad del centro, desarrollar procedimientos para proteger los registros electrónicos de los clientes, redactar una declaración de los derechos de los clientes, revisar los formularios de consentimiento informado y los procedimientos para cumplir con los estándares legales actuales, y diseñar una política sobre las relaciones del personal (especialmente a nivel social y sexual) con antiguos clientes. Un número considerable de otros temas se encontraba en las categorías de “riesgo moderado” y “riesgo mínimo” como, por ejemplo, la necesidad de redactar un protocolo para guiar al personal que realizaba tareas de supervisión, pautas sobre la documentación en el registro de los casos, y formación de un comité para desempeñar tareas de formación continua sobre el código ético de la NASW y estrategias para la toma de decisiones.

Una vez que los diferentes temas fueron ordenados según la puntuación relativa a las categorías de riesgos, el grupo de tareas analizó los pasos que podrían tomar para solucionar los problemas considerados de riesgo elevado; también debatieron sobre el tiempo y los recursos necesarios para atajar los problemas. Además, el comité de tareas habló sobre si era necesario o no esperar a solucionar los problemas de “riesgo elevado” antes de proceder con los problemas de “riesgo moderado” y “riesgo mínimo”. Decidieron que dos de los problemas de “riesgo moderado” y “riesgo mínimo” podían ser solucionados de manera simultánea (la formación de un comité de formación continua y la redacción de un protocolo para guiar a los supervisores), mientras que el resto debería esperar hasta que los problemas de “riesgo elevado” estuviesen corregidos. En un periodo de seis meses, para satisfacción del comité de tareas, todas las cuestiones de “riesgo elevado” excepto una se habían solventado. La excepción implicaba el desarrollo de pautas relativas a las relaciones entre miembros del personal con antiguos clientes; el personal no llegó a un acuerdo con respecto a la naturaleza de los límites apropiados en este tipo de relaciones. Acordaron dedicar un tiempo para realizar encuestas sobre las políticas de otros centros de servicios sociales, revisar la bibliografía pertinente con respecto a los límites establecidos en las relaciones profesionales, y realizar consultas a nivel nacional a reputados expertos sobre ética en el trabajo social, con el fin de adquirir una mayor percepción sobre el problema y poder alcanzar un consenso.

Después de que el personal se embarcase en sus esfuerzos por solucionar varios de los problemas de categoría de “riesgo elevado”, empezaron a trabajar en los problemas con riesgo “moderado” y “mínimo”. Se centraron en mejorar su programa de formación continua respecto al código ético de la NASW y la toma de decisiones. El personal con mayor experiencia organizó e implementó un calendario de cuatro sesiones de formación para aumentar los conocimientos de los empleados sobre los estándares

éticos en el trabajo social y su habilidad para tomar decisiones firmes al enfrentarse con dilemas éticos. Uno de los miembros del personal responsable de la formación preparó tres posibles casos de estudio basados en la bibliografía y en las propias experiencias del centro. Después de distribuir los casos de estudio y facilitar la discusión inicial de los problemas, el formador proporcionó al personal una visión general sobre un modelo de toma de decisiones éticas y revisaron los estándares éticos pertinentes (basándose especialmente en el código ético de la NASW y en las regulaciones del trabajo social en el estado). Entonces, el formador dividió al personal en pequeños grupos para aplicar el sistema de toma de decisiones a los casos estudiados. Más tarde, el personal volvió a ser reunido en un gran grupo y representantes de cada uno de los grupos pequeños resumió las argumentaciones de su grupo. Ya que dos de los casos implicaban temas legales y potenciales riesgos de negligencia, el formador requirió la presencia de un abogado local que a menudo actuaba como consejero para el centro en temas legales. Al finalizar las cuatro sesiones, el formador concluyó que el personal había aprendido sobre los estándares éticos actuales en la profesión y a usar los procedimientos adquiridos en la toma de decisiones de complejo carácter ético.

Conclusión

La notable evolución de los estándares éticos en un número de áreas pertinente (tales como confidencialidad y privacidad, prestación de servicio, límites en las relaciones profesionales, consentimiento informado, Injurias, fraude, consulta y derivación, desgaste del facultativo y finalización de los servicios) ha acelerado la necesidad de los trabajadores sociales de examinar cuidadosamente las dimensiones éticas de sus prácticas.

La auditoría ética en el trabajo social es un proceso diseñado para ayudar a los trabajadores sociales a valorar los problemas éticos de forma sistemática y comprensiva. El contenido de la auditoría refleja los conocimientos disponibles más actuales, en lo que respecta a la ética en el trabajo social, cuyo conocimiento ha avanzado enormemente en los últimos años. Los procedimientos para una auditoría ética están diseñados para ayudar a los trabajadores sociales a identificar problemas éticos relevantes en sus puestos de trabajo, evaluar los niveles de riesgo, puntuar cada uno de los problemas, y desarrollar una estrategia para atajar los riesgos en cada área.

Adicionalmente, aprovechando el concepto de auditoría ética, los trabajadores sociales deben reflexionar de forma crítica sobre quién debe llevar a cabo dichas evaluaciones. Claramente, una auditoría interna (por parte de facultativos que trabajan por cuenta ajena y agencias de servicios sociales) puede ser de utilidad. No obstante, una auditoría interna puede realizarse de forma interesada y con escasa perspectiva, especialmente si existen incentivos para pasar por alto ciertos problemas éticos. Las auditorías éticas de trabajo social pueden ser especialmente valiosas cuando son gestionadas por evaluadores independientes externos al entorno de trabajo o centro, de forma similar a los procesos de acreditación.

Además, a pesar de la estructura, formalidad y aparente objetividad del procedimiento llevado a cabo durante la auditoría ética en el trabajo social, los trabajadores sociales pueden reconocer que cualquier evaluación de esta naturaleza necesariamente implica criterios considerablemente subjetivos. Indudablemente, es útil estructurar y generar rutinas para una auditoría ética; sin embargo, los trabajadores sociales deben admitir que los propios valores, sentidos éticos, prejuicios ideológicos, autoridad formal e inclinación política del evaluador tendrán una influencia sobre los resultados. Siendo

realista, las dinámicas y políticas de organización pueden afectar tanto a los procedimientos como a los resultados de una auditoría.

El concepto de una auditoría ética es consistente con los esfuerzos duraderos de los trabajadores sociales por proteger a los clientes y prevenir problemas éticos. El intento sistemático para poner de manifiesto, abordar y monitorizar cada una de las dimensiones éticas del trabajo social se hace patente, en el análisis final, consolidando la integridad profesional.

Instrumento de Auditoría

Instrucciones

La Auditoría Ética del Trabajo Social incluye una evaluación de las prácticas llevadas a cabo por facultativos y centros en diferentes áreas. El esquema estructurado de estas áreas recoge un amplio rango de políticas y procedimientos de carácter ético que los evaluadores deben valorar. El personal responsable de la auditoría ética debe proceder como sigue:

Reunir la información necesaria para evaluar el nivel de riesgo asociado a cada uno de los temas examinados (por ejemplo, documentación del centro, leyes, reglamentos, código ético de la NASW, datos obtenidos a través de entrevistas con personal del centro).

Revisar toda la información disponible.

Asignar uno de los cuatro valores a cada uno de los temas evaluados más abajo:

1 punto sin riesgo: las prácticas actuales son aceptables y no requieren de ningún tipo de modificación.

2 puntos riesgo mínimo: las prácticas actuales son razonablemente adecuadas; serían necesarias pequeñas modificaciones.

3 puntos riesgo moderado: las prácticas actuales representan un problema; son necesarias modificaciones para minimizar los riesgos.

4 puntos riesgo elevado: las prácticas actuales son totalmente incorrectas; son necesarias modificaciones significativas para minimizar los riesgos

Los temas que no son pertinentes reciben una puntuación de 0.

Identificar los temas puntuados como “de riesgo elevado”.

Preparar un Plan de Acción para cada uno de los temas de “alto riesgo” haciendo uso de los modelos que figuran al final de este instrumento. Dirigir (1) los pasos a seguir para reducir riesgos, (2) los recursos requeridos, (3) el personal que se encargará de supervisar el Plan de Acción, (4) el calendario para concluir el Plan de Acción, (5) los indicadores de progreso para la minimización de riesgos y (6) los planes para controlar la implementación del Plan de Acción.

Repetir este procedimiento para cada uno de los temas identificados como de riesgo “moderado” y “mínimo”.

Parte I: Riesgos Éticos

Derechos de los clientes: el centro dispone de políticas y procedimientos relativos a los derechos de los clientes.

POLÍTICAS

1 punto sin riesgo: existen políticas exhaustivas relativas a los derechos de los clientes de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.

- 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas a los derechos de los clientes, pero requieren de una pequeña revisión.
- 3 puntos riesgo moderado:** existen políticas relativas a los derechos de los clientes, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a algunos de los derechos de los clientes.
- 4 puntos riesgo elevado:** las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas en las que se recoja un número significativo de los derechos de los clientes.
- _____ Confidencialidad y privacidad.
 - _____ Consentimiento informado y divulgación de la información.
 - _____ Opciones de servicios y facultativos para derivación de pacientes.
 - _____ Acceso a los registros.
 - _____ Derecho a participar en la formulación de planes de servicios.
 - _____ Derecho a rechazar los servicios.
 - _____ Finalización de los servicios.
 - _____ Procedimientos de reclamación.
 - _____ Protección de participantes en estudios y procesos de evaluación.

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** los trabajadores sociales, con frecuencia, proporcionan a los clientes información sobre sus derechos en cada una de las siguientes áreas.
- 2 puntos riesgo mínimo:** los trabajadores sociales, normalmente, proporcionan a los clientes información sobre sus derechos en cada una de las siguientes áreas, pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** los trabajadores sociales son demasiado inconsecuentes en su esfuerzo por informar a los clientes sobre sus derechos.
- 4 puntos riesgo elevado:** los trabajadores sociales rara vez o nunca proporcionan a los clientes información sobre sus derechos.
- _____ Confidencialidad y privacidad.
 - _____ Consentimiento informado y divulgación de la información.
 - _____ Opciones de servicios y facultativos para derivación de pacientes.
 - _____ Acceso a los registros.
 - _____ Derecho a participar en la formulación de planes de servicios.
 - _____ Derecho a rechazar los servicios.
 - _____ Finalización de los servicios.
 - _____ Procedimientos de reclamación.
 - _____ Protección de participantes en estudios y procesos de evaluación.

Confidencialidad y privacidad: el centro dispone de políticas y procedimientos adecuados a la confidencialidad y privacidad.

POLÍTICAS

- 1 punto sin riesgo:** existen políticas claras y exhaustivas relativas a la confidencialidad y privacidad de los clientes en las siguientes áreas y de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.
- 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas a la confidencialidad y privacidad de los clientes, pero requieren de una pequeña revisión.

3 puntos riesgo moderado: existen políticas relativas a la confidencialidad y privacidad de los clientes, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a algunos problemas de confidencialidad y privacidad.

4 puntos riesgo elevado: las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas de confidencialidad y privacidad.

_____ Leyes, estándares éticos y regulaciones pertenecientes a la confidencialidad (leyes estatales, comunitarias y regionales relevantes; estándares éticos en el trabajo social).

_____ Medidas específicas que el trabajador social tomará para proteger la confidencialidad de los clientes (registros almacenados en lugares seguros, limitación en el acceso a los registros para compañeros de trabajo o terceros).

_____ Procedimientos que serán usados para obtener el consentimiento informado de los clientes con el fin de revelar información confidencial y cualquier excepción que esté relacionada con ello.

_____ Procedimientos empleados para compartir información confidencial con compañeros de trabajo por motivos de consulta, supervisión, y coordinación de los servicios y por qué la información podría ser compartida.

_____ Solicitud de información privada por parte de los clientes.

_____ Divulgación de información confidencial para proteger a los clientes de causarse perjuicios a sí mismos y proteger a terceras partes de cualquier tipo de daño.

_____ Revelación de información confidencial perteneciente a servicios y tratamiento por el abuso del alcohol y otras sustancias.

_____ Divulgación de información confidencial sobre clientes fallecidos.

_____ Revelación de información confidencial para los padres o tutores de menores.

_____ Intercambio de información confidencial entre familiares, parejas, matrimonios y terapias de grupo.

_____ Divulgación de información confidencial a representantes de los medios, agentes de la ley, agencias de protección, otras agencias de servicios sociales y agencias de cobro.

_____ Protección de registros escritos o electrónicos confidenciales, información transmitida a otros a través del uso de ordenadores, correo electrónico, faxes, teléfonos y contestadores telefónicos, y otros dispositivos electrónicos.

_____ Transferencia y divulgación de registros de los clientes.

_____ Protección de la confidencialidad de los clientes en caso de fallecimiento del trabajador social, incapacidad, o finalización de su actividad laboral.

_____ Precauciones para evitar dialogar sobre información confidencial en espacios públicos o semipúblicos.

_____ Divulgación de información confidencial a terceros pagadores.

_____ Divulgación de información confidencial a consultores.

_____ Divulgación de información confidencial cuando se dialoga con los clientes por motivos educativos o de formación.

_____ Protección de la confidencialidad del cliente durante procedimientos judiciales.

- _____ Protección de la confidencialidad del cliente durante estudios y procesos de evaluación.
- _____ Disponibilidad, por parte del personal del centro, de despachos y salas de reuniones adecuados para asegurar la confidencialidad y privacidad.
- _____ Disponibilidad, por parte del personal del centro, del equipamiento de oficina y tecnología adecuados para asegurar la confidencialidad y privacidad (por ejemplo, archivadores de seguridad, teléfonos inalámbricos, archivos de ordenador y faxes).

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** los facultativos, con frecuencia, siguen procedimientos relacionados con la confidencialidad y privacidad en cada una de las siguientes áreas.
- 2 puntos riesgo mínimo:** los facultativos, normalmente, siguen procedimientos relacionados con la confidencialidad y privacidad en cada una de las siguientes áreas, pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** los facultativos son demasiado inconsecuentes en el uso de procedimientos relacionados con la confidencialidad y privacidad.
- 4 puntos riesgo elevado:** los facultativos rara vez o nunca siguen procedimientos relacionados con la confidencialidad y privacidad.
- _____ Leyes, estándares éticos y regulaciones pertenecientes a la confidencialidad (leyes estatales, comunitarias y regionales relevantes; estándares éticos en el trabajo social).
- _____ Medidas específicas que el trabajador social tomará para proteger la confidencialidad de los clientes (registros almacenados en lugares seguros, limitación en el acceso a los registros para compañeros de trabajo o terceros).
- _____ Procedimientos que serán usados para obtener el consentimiento informado de los clientes con el fin de revelar información confidencial y cualquier excepción que esté relacionada con ello.
- _____ Procedimientos empleados para compartir información confidencial con compañeros de trabajo por motivos de consulta, supervisión, y coordinación de los servicios y por qué la información podría ser compartida.
- _____ Solicitud de información privada por parte de los clientes.
- _____ Divulgación de información confidencial para proteger a los clientes de causarse perjuicios a sí mismos y proteger a terceras partes de cualquier tipo de daño.
- _____ Revelación de información confidencial perteneciente a servicios y tratamiento por el abuso del alcohol y otras sustancias.
- _____ Divulgación de información confidencial sobre clientes fallecidos.
- _____ Revelación de información confidencial para los padres o tutores de menores.
- _____ Intercambio de información confidencial entre familiares, parejas, matrimonios y terapias de grupo.
- _____ Divulgación de información confidencial a representantes de los medios, agentes de la ley, agencias de protección, otras agencias de servicios sociales y agencias de cobro.
- _____ Protección de registros escritos o electrónicos confidenciales, información transmitida a otros a través del uso de ordenadores, correo

- _____ electrónico, faxes, teléfonos y contestadores telefónicos, y otros dispositivos electrónicos.
- _____ Transferencia y divulgación de registros de los clientes.
- _____ Protección de la confidencialidad de los clientes en caso de fallecimiento del trabajador social, incapacidad, o finalización de su actividad laboral.
- _____ Precauciones para evitar dialogar sobre información confidencial en espacios públicos o semipúblicos.
- _____ Divulgación de información confidencial a terceros pagadores.
- _____ Divulgación de información confidencial a consultores.
- _____ Divulgación de información confidencial cuando se dialoga con los clientes por motivos educativos o de formación.
- _____ Protección de la confidencialidad del cliente durante procedimientos judiciales.
- _____ Protección de la confidencialidad del cliente durante estudios y procesos de evaluación.
- _____ Disponibilidad, por parte del personal del centro, de despachos y salas de reuniones adecuados para asegurar la confidencialidad y privacidad.
- _____ Disponibilidad, por parte del personal del centro, del equipamiento de oficina y tecnología adecuados para asegurar la confidencialidad y privacidad (por ejemplo, archivadores de seguridad, teléfonos inalámbricos, archivos de ordenador y faxes).

Consentimiento informado: el centro dispone de políticas y procedimientos en su sitio para asegurar el consentimiento informado adecuado.

POLÍTICAS

- 1 punto sin riesgo:** existen políticas claras y exhaustivas relativas a los siguientes aspectos claves del consentimiento informado, de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.
- 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas al consentimiento informado, pero requieren de una pequeña revisión.
- 3 puntos riesgo moderado:** existen políticas relativas al consentimiento informado, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas al consentimiento informado.
- 4 puntos riesgo elevado:** las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas con el consentimiento informado.
- _____ Ausencia de coacción e influencia indebida.
- _____ Evaluación de las aptitudes del cliente (por ejemplo, mental, el habla).
- _____ Validez de los formularios de consentimiento (detalles suficientes relativos al propósito del consentimiento, posibles beneficios, riesgos, costes, alternativas, y el derecho de los clientes a rechazar o retirar el consentimiento; uso de terminología clara; firma; y fechas de expiración).
- _____ Explicación verbal adecuada del procedimiento de consentimiento.
- _____ Renovación periódica del consentimiento de los clientes.
- _____ Uso apropiado de traductores e intérpretes.
- _____ Excepciones al requisito del consentimiento informado.

PROCEDIMIENTOS

1 punto sin riesgo: los trabajadores sociales, con frecuencia, emplean procedimientos apropiados para la obtención del consentimiento informado de los clientes, prestando especial atención a los siguientes aspectos del proceso de consentimiento informado.

2 puntos riesgo mínimo: los trabajadores sociales, normalmente, emplean procedimientos apropiados para la obtención del consentimiento informado de los clientes, pero existen excepciones.

3 puntos riesgo moderado: los trabajadores sociales son demasiado inconsecuentes en el uso de procedimientos apropiados para la obtención del consentimiento informado de los clientes.

4 puntos riesgo elevado: los trabajadores sociales rara vez o nunca emplean procedimientos apropiados para la obtención del consentimiento informado de los clientes.

_____ Ausencia de coacción e influencia indebida.

_____ Evaluación de las aptitudes del cliente (por ejemplo, mental, el habla).

_____ Validez de los formularios de consentimiento (detalles suficientes relativos al propósito del consentimiento, posibles beneficios, riesgos, costes, alternativas, y el derecho de los clientes a rechazar o retirar el consentimiento; uso de terminología clara; firma; y fechas de expiración).

_____ Explicación verbal adecuada del procedimiento de consentimiento.

_____ Renovación periódica del consentimiento de los clientes.

_____ Uso apropiado de traductores e intérpretes.

_____ Excepciones al requisito del consentimiento informado.

Prestación de servicios: el centro dispone de políticas y procedimientos establecidos para asegurar una prestación de servicios adecuada.

Competencia y Credenciales del Personal del Centro.

POLÍTICAS

1 punto sin riesgo: existen políticas claras y exhaustivas en relación con la competencia del personal del centro y las credenciales (habilidades requeridas, educación, formación, licencias, certificación, colaboraciones realizadas; experiencia supervisada; experiencia profesional), en consonancia con las leyes, regulaciones y estándares éticos.

2 puntos riesgo mínimo: existen políticas relativas a la competencia y credenciales del personal del centro, pero requieren de una pequeña revisión.

3 puntos riesgo moderado: existen políticas relativas a la competencia y credenciales del personal del centro, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a algunos problemas con la competencia y credenciales del personal del centro.

4 puntos riesgo elevado: las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas con la competencia y credenciales del personal del centro.

_____ Habilidades profesionales.

_____ Educación y formación profesional.

- _____Licencias y certificación.
- _____Colaboraciones realizadas.
- _____Experiencia supervisada.
- _____Experiencia profesional.

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** los trabajadores sociales, con frecuencia, emplean procedimientos adecuados para evaluar y asegurar la competencia y credenciales del personal del centro.
 - 2 puntos riesgo mínimo:** los trabajadores sociales, normalmente, emplean procedimientos adecuados para evaluar y asegurar la competencia y credenciales del personal del centro, pero existen excepciones.
 - 3 puntos riesgo moderado:** los trabajadores sociales son demasiado inconsecuentes en el uso de procedimientos adecuados para evaluar y asegurar la competencia y credenciales del personal del centro.
 - 4 puntos riesgo elevado:** los trabajadores sociales rara vez o nunca emplean procedimientos adecuados para evaluar y asegurar la competencia y credenciales del personal del centro.
- _____Habilidades profesionales.
 - _____Educación y formación profesional.
 - _____Licencias y certificación.
 - _____Colaboraciones realizadas.
 - _____Experiencia supervisada.
 - _____Experiencia profesional.

Uso de intervenciones poco tradicionales o experimentales.

POLÍTICAS

- 1 punto sin riesgo:** existen políticas claras y exhaustivas en relación con el empleo, por parte de los trabajadores sociales, de intervenciones no tradicionales o experimentales, de conformidad con las leyes, regulaciones o estándares éticos.
 - 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas al uso de intervenciones poco tradicionales o experimentales por parte del facultativo, pero requieren de una pequeña revisión.
 - 3 puntos riesgo moderado:** existen políticas relativas al uso de intervenciones poco tradicionales o experimentales por parte del facultativo, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas al uso de intervenciones poco tradicionales o experimentales por parte del facultativo.
 - 4 puntos riesgo elevado:** las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos al uso de intervenciones poco tradicionales o experimentales por parte del facultativo.
- _____Uso apropiado de intervenciones poco tradicionales o experimentales.
 - _____Consulta apropiada de la bibliografía especializada (incluyendo artículos de investigación).
 - _____Formación adecuada.
 - _____Consulta apropiada con reputados expertos en la materia.
 - _____Uso apropiado de la supervisión.

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** los facultativos, con frecuencia, siguen procedimientos adecuados cuando emplean intervenciones poco tradicionales o experimentales.
- 2 puntos riesgo mínimo:** los facultativos, normalmente, siguen procedimientos adecuados cuando emplean intervenciones poco tradicionales o experimentales, pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** los facultativos son demasiado inconsecuentes en el uso de procedimientos adecuados cuando emplean intervenciones poco tradicionales o experimentales.
- 4 puntos riesgo elevado:** los facultativos rara vez o nunca siguen procedimientos adecuados cuando emplean intervenciones poco tradicionales o experimentales.
- _____ Uso apropiado de intervenciones poco tradicionales o experimentales.
- _____ Consulta apropiada de la bibliografía especializada (incluyendo artículos de investigación).
- _____ Formación adecuada.
- _____ Consulta apropiada con reputados expertos en la materia.
- _____ Uso apropiado de la supervisión.

Problemas con el establecimiento de límites dentro de las relaciones profesionales y conflictos de intereses: el centro dispone de políticas y procedimientos apropiados relacionados con el manejo, por parte de los empleados, de problemas sobre el establecimiento de límites y conflictos de intereses.

POLÍTICAS

- 1 punto sin riesgo:** existen políticas claras y exhaustivas relativas a cómo los facultativos gestionan los siguientes problemas potenciales sobre límites y conflictos de intereses, de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.
- 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas a cómo los facultativos gestionan los siguientes potenciales problemas de establecimiento de límites y conflictos de interés, pero requieren de una pequeña revisión.
- 3 puntos riesgo moderado:** existen políticas relativas a cómo los facultativos gestionan los siguientes potenciales problemas de establecimiento de límites y conflictos de interés, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a aspectos de cómo los empleados gestionan los siguientes potenciales problemas de establecimiento de límites y conflictos de interés.
- 4 puntos riesgo elevado:** las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos a cómo los facultativos gestionan los siguientes potenciales problemas de establecimiento de límites y conflictos de interés.
- _____ Relaciones sexuales con clientes actuales.
- _____ Relaciones sexuales con antiguos clientes.
- _____ Asesoramiento por parte de antiguas parejas sexuales.
- _____ Relaciones sexuales con familiares o conocidos de clientes.

- _____ Relaciones sexuales con supervisores, formadores, estudiantes o compañeros de trabajo.
- _____ Contacto físico con clientes.
- _____ Amistad con clientes actuales.
- _____ Amistad con antiguos clientes.
- _____ Encuentros con clientes en entornos públicos.
- _____ Asistencia con los clientes a eventos sociales, religiosos y celebraciones.
- _____ Regalos de clientes.
- _____ Regalos para clientes.
- _____ Favores para clientes.
- _____ Prestación de servicios en los hogares de los clientes.
- _____ Conflictos financieros de interés.
- _____ Prestación de servicios a una o más personas que mantienen una relación.
- _____ Negociación con clientes por bienes y servicios.
- _____ Relación con clientes en pequeñas comunidades o entornos rurales.
- _____ Trato demasiado personal con los clientes.
- _____ Relaciones entre compañeros de trabajo con antiguos clientes.
- _____ Contratación de antiguos clientes.
- _____ Conflictos financieros de interés por parte de administradores o personal del centro.
- _____ Conflictos financieros de interés por parte de miembros de la directiva del centro.

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** los facultativos, con frecuencia, siguen procedimientos adecuados cuando detectan problemas de establecimiento de límites y conflictos de interés.
- 2 puntos riesgo mínimo:** los facultativos, normalmente, siguen procedimientos adecuados cuando detectan problemas de establecimiento de límites y conflictos de interés., pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** los facultativos son demasiado inconsecuentes en el uso de procedimientos adecuados para gestionar problemas de establecimiento de límites y conflictos de interés.
- 4 puntos riesgo elevado:** los facultativos rara vez o nunca siguen procedimientos adecuados cuando detectan problemas de establecimiento de límites y conflictos de interés.
- _____ Relaciones sexuales con clientes actuales.
- _____ Relaciones sexuales con antiguos clientes.
- _____ Asesoramiento por parte de antiguas parejas sexuales.
- _____ Relaciones sexuales con familiares o conocidos de clientes.
- _____ Relaciones sexuales con supervisores, formadores, estudiantes o compañeros de trabajo.
- _____ Contacto físico con clientes.
- _____ Amistad con clientes actuales.
- _____ Amistad con antiguos clientes.
- _____ Encuentros con clientes en entornos públicos.
- _____ Asistencia con los clientes a eventos sociales, religiosos y celebraciones.
- _____ Regalos de clientes.
- _____ Regalos para clientes.
- _____ Favores para clientes.

- _____ Prestación de servicios en los hogares de los clientes.
- _____ Conflictos financieros de interés.
- _____ Prestación de servicios a una o más personas que mantienen una relación.
- _____ Negociación con clientes por bienes y servicios.
- _____ Relación con clientes en pequeñas comunidades o entornos rurales.
- _____ Trato demasiado personal con los clientes.
- _____ Relaciones entre compañeros de trabajo con antiguos clientes.
- _____ Contratación de antiguos clientes.
- _____ Conflictos financieros de interés por parte de administradores o personal del centro.
- _____ Conflictos financieros de interés por parte de miembros de la directiva del centro.

Documentación: el centro dispone de políticas y procedimientos apropiados para asegurar un servicio de documentación apropiado.

POLÍTICAS

- 1 punto sin riesgo:** existen políticas claras y exhaustivas relativas a la documentación que los facultativos incluyen en los registros de los clientes, y son de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.
 - 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas a la documentación que los facultativos incluyen en los registros de los clientes, pero requieren de una pequeña revisión.
 - 3 puntos riesgo moderado:** existen políticas relativas a la documentación que los facultativos incluyen en los registros de los clientes, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a los aspectos sobre la documentación que los facultativos incluyen en los registros de los clientes.
 - 4 puntos riesgo elevado:** las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos a la documentación que los facultativos incluyen en los registros de los clientes.
- _____ Historiales médicos, evaluaciones y planes de tratamiento.
 - _____ Procedimientos de consentimiento informado.
 - _____ Contacto con clientes (clase, fecha, hora).
 - _____ Contacto con terceras partes.
 - _____ Consulta con otros profesionales.
 - _____ Decisiones tomadas y prestación de servicios/intervenciones.
 - _____ Incidentes graves.
 - _____ Instrucciones, recomendaciones, consejo, derivación a especialistas.
 - _____ Citas suspendidas y canceladas.
 - _____ Evaluaciones médicas, psiquiátricas y psicológicas actuales y anteriores.
 - _____ Información relativa a tarifas, costes y pagos.
 - _____ Finalización de los servicios.
 - _____ Evaluación final.
 - _____ Inclusión de documentos relevantes (por ejemplo, formularios de consentimiento, correspondencia, documentos legales, acuerdos de pago).

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** los facultativos, con frecuencia, siguen procedimientos adecuados al añadir documentación en los registros de los clientes.
- 2 puntos riesgo mínimo:** los facultativos, normalmente, siguen procedimientos adecuados al añadir documentación en los registros de los clientes, pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** los facultativos son demasiado inconsecuentes en el uso de procedimientos adecuados al añadir documentación en los registros de los clientes.
- 4 puntos riesgo elevado:** los facultativos rara vez o nunca siguen procedimientos adecuados relativos a la documentación en los registros de los clientes.
- _____ Historiales médicos, evaluaciones y planes de tratamiento.
 - _____ Procedimientos de consentimiento informado.
 - _____ Contacto con clientes (clase, fecha, hora).
 - _____ Contacto con terceras partes.
 - _____ Consulta con otros profesionales.
 - _____ Decisiones tomadas y prestación de servicios/intervenciones.
 - _____ Incidentes graves.
 - _____ Instrucciones, recomendaciones, consejo, derivación a especialistas.
 - _____ Citas suspendidas y canceladas.
 - _____ Evaluaciones médicas, psiquiátricas y psicológicas actuales y anteriores.
 - _____ Información relativa a tarifas, costes y pagos.
 - _____ Finalización de los servicios.
 - _____ Evaluación final.
 - _____ Inclusión de documentos relevantes (por ejemplo, formularios de consentimiento, correspondencia, documentos legales, acuerdos de pago).

Injurias: el centro dispone de políticas y procedimientos apropiados para evitar Injurias.

POLÍTICAS

- 1 punto sin riesgo:** existen políticas claras y exhaustivas relativas a la comunicación escrita o verbal de calumnias o difamaciones por parte de los facultativos, siendo de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.
- 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas al uso del lenguaje por parte de los facultativos para emitir calumnias o difamaciones, pero requieren de una pequeña revisión.
- 3 puntos riesgo moderado:** existen políticas relativas al uso del lenguaje por parte de los facultativos para emitir calumnias o difamaciones, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a los aspectos sobre el uso del lenguaje por parte de los facultativos para emitir calumnias o difamaciones.
- 4 puntos riesgo elevado:** las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos al uso del lenguaje por parte de los facultativos para emitir calumnias o difamaciones.
- _____ Difamación (injuria que tiene lugar de forma escrita).

_____ Calumnia (injuria que ocurre de forma verbal).

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** los facultativos, con frecuencia, siguen procedimientos adecuados para evitar injurias.
- 2 puntos riesgo mínimo:** los facultativos, normalmente, siguen procedimientos adecuados para evitar injurias, pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** los facultativos son demasiado inconsecuentes en el uso de procedimientos adecuados para evitar injurias.
- 4 puntos riesgo elevado:** los facultativos rara vez o nunca siguen procedimientos adecuados para evitar injurias.

_____ Difamación (injuria que tiene lugar de forma escrita).

_____ Calumnia (injuria que ocurre de forma verbal).

Registros del cliente: el centro dispone de políticas y procedimientos para asegurar la gestión adecuada de los registros del cliente.

POLÍTICAS

- 1 punto sin riesgo:** existen políticas claras y exhaustivas relativas a la gestión de los registros del cliente por parte de los facultativos, de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.
- 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas a la gestión de los registros del cliente por parte de los facultativos, pero requieren de una pequeña revisión.
- 3 puntos riesgo moderado:** existen políticas relativas a la gestión de los registros del cliente por parte de los facultativos, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a los aspectos sobre la gestión de los registros del cliente por parte de los facultativos.
- 4 puntos riesgo elevado:** las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos a la gestión de los registros del cliente por parte de los facultativos.

_____ Almacenamiento de los registros en un lugar seguro.

_____ Retención adecuada de los registros.

_____ Conservación de los registros en caso de discapacidad, incapacidad, finalización de sus funciones o fallecimiento del trabajador social.

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** los facultativos, con frecuencia, siguen procedimientos adecuados en relación a la gestión de los registros del cliente.
- 2 puntos riesgo mínimo:** los facultativos, normalmente, siguen procedimientos adecuados en relación a la gestión de los registros del cliente, pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** los facultativos son demasiado inconsecuentes en el uso de procedimientos adecuados en relación a la gestión de los registros del cliente.
- 4 puntos riesgo elevado:** los facultativos rara vez o nunca siguen procedimientos adecuados en relación a la gestión de los registros del cliente.

_____ Almacenamiento de los registros en un lugar seguro.

_____ Retención adecuada de los registros.

_____ Conservación de los registros en caso de discapacidad, incapacidad, finalización de sus funciones o fallecimiento del trabajador social.

Supervisión: el centro dispone de políticas y procedimientos establecidos para asegurar la supervisión adecuada del personal.

POLÍTICAS

1 punto sin riesgo: existen políticas claras y exhaustivas relativas a la supervisión del personal, de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.

2 puntos riesgo mínimo: existen políticas relativas a la supervisión del personal, pero requieren de una pequeña revisión.

3 puntos riesgo moderado: existen políticas relativas a la supervisión del personal, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a aspectos de supervisión del personal.

4 puntos riesgo elevado: las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos a la supervisión del personal.

_____ Los supervisores proporcionan la información necesaria a las personas supervisadas para que puedan obtener el consentimiento informado del cliente.

_____ Los supervisores evalúan los esfuerzos de las personas supervisadas por desarrollar e implementar minuciosos planes de tratamiento e intervención.

_____ Los supervisores identifican y responden de los errores de las personas supervisadas en cada una de las fases de contacto con el cliente como, por ejemplo, la divulgación inapropiada de información confidencial.

_____ Los supervisores están al corriente de cuando los clientes de las personas supervisadas precisan ser reasignados, transferidos o han finalizado su tratamiento.

_____ Los supervisores saben si una de las personas supervisadas debería realizar algún tipo de consulta a algún especialista.

_____ Los supervisores observan la aptitud y disposición de los individuos supervisados para hacer frente a la incompetencia, falta de capacidad o comportamiento poco ético.

_____ Los supervisores controlan los límites marcados de forma adecuada entre los miembros supervisados y sus clientes.

_____ Los supervisores protegen a terceras personas de posibles daños físicos.

_____ Los supervisores detectan o ponen fin a planes de tratamiento negligentes o cuya duración se extiende más tiempo del necesario.

_____ Los supervisores determinan que ciertos especialistas son necesarios para el tratamiento de determinados clientes.

_____ Los supervisores se reúnen habitualmente con las personas supervisadas.

_____ Los supervisores revisan y aprueban los registros, decisiones y acciones del personal supervisado.

_____ Los supervisores proporcionan la cobertura necesaria en ausencia de los individuos supervisados.

_____ Los supervisores encargan de la documentación referente a la supervisión.

- _____ Los supervisores mantienen relaciones apropiadas con las personas a las que supervisan.
- _____ Los supervisores proporcionan a los individuos supervisados evaluaciones y seguimientos de su rendimiento de manera puntuales e informativa.
- _____ Los supervisores redactan acuerdos de supervisión.
- _____ Los supervisores son conscientes del interés que los individuos supervisados muestran en lo que respecta a inquietudes y cuestiones éticas.
- _____ Los supervisores dan a los individuos supervisados el tiempo y la carga de trabajo suficientes para que puedan cumplir con sus responsabilidades laborales.
- _____ Los supervisores disponen del tiempo suficiente en su trabajo para desarrollar las tareas de supervisión de forma adecuada.

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** los facultativos, con frecuencia, siguen procedimientos adecuados de supervisión del personal.
- 2 puntos riesgo mínimo:** los facultativos, normalmente, siguen procedimientos de supervisión del personal, pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** los facultativos son demasiado inconsecuentes en el uso de procedimientos de supervisión del personal.
- 4 puntos riesgo elevado:** los facultativos rara vez o nunca siguen procedimientos de supervisión del personal.
- _____ Los supervisores proporcionan la información necesaria a las personas supervisadas para que puedan obtener el consentimiento informado del cliente.
- _____ Los supervisores evalúan los esfuerzos de las personas supervisadas por desarrollar e implementar minuciosos planes de tratamiento e intervención.
- _____ Los supervisores identifican y responden de los errores de las personas supervisadas en cada una de las fases de contacto con el cliente como, por ejemplo, la divulgación inapropiada de información confidencial.
- _____ Los supervisores están al corriente de cuando los clientes de las personas supervisadas precisan ser reasignados, transferidos o han finalizado su tratamiento.
- _____ Los supervisores saben si una de las personas supervisadas debería realizar algún tipo de consulta a algún especialista.
- _____ Los supervisores observan la aptitud y disposición de los individuos supervisados para hacer frente a la incompetencia, falta de capacidad o comportamiento poco ético.
- _____ Los supervisores controlan los límites marcados de forma adecuada entre los miembros supervisados y sus clientes.
- _____ Los supervisores protegen a terceras personas de posibles daños físicos.
- _____ Los supervisores detectan o ponen fin a planes de tratamiento negligentes o cuya duración se extiende más tiempo del necesario.
- _____ Los supervisores determinan que ciertos especialistas son necesarios para el tratamiento de determinados clientes.
- _____ Los supervisores se reúnen habitualmente con las personas supervisadas.

- _____ Los supervisores revisan y aprueban los registros, decisiones y acciones de personal supervisado.
- _____ Los supervisores proporcionan la cobertura necesaria en ausencia de los individuos supervisados.
- _____ Los supervisores de encargan de la documentación referente a la supervisión.
- _____ Los supervisores mantienen relaciones apropiadas con las personas a las que supervisan.
- _____ Los supervisores proporcionan a los individuos supervisados evaluaciones y seguimientos de su rendimiento de manera puntuales e informativa.
- _____ Los supervisores redactan acuerdos de supervisión.
- _____ Los supervisores son conscientes del interés que los individuos supervisados muestran en lo que respecta a inquietudes y cuestiones éticas.
- _____ Los supervisores dan a los individuos supervisados el tiempo y la carga de trabajo suficientes para que puedan cumplir con sus responsabilidades laborales.
- _____ Los supervisores disponen del tiempo suficiente en su trabajo para desarrollar las tareas de supervisión de forma adecuada.

Desarrollo y formación del personal del centro: el centro dispone de políticas y procedimientos apropiados para asegurar que su personal recibe una formación apropiada.

POLÍTICAS

- 1 punto sin riesgo:** existen políticas claras y exhaustivas relativas a la formación de personal del centro en áreas específicas, de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.
 - 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas a la formación de personal del centro, pero requieren de una pequeña revisión.
 - 3 puntos riesgo moderado:** existen políticas relativas a la formación de personal del centro, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a la formación de personal del centro.
 - 4 puntos riesgo elevado:** las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos a la formación de personal del centro.
- _____ Habilidades prácticas relevantes.
 - _____ Responsabilidad y ética profesionales (especialmente en el caso de áreas de riesgo más relevantes y los pasos a seguir durante la toma de decisiones éticas).
 - _____ Estatutos y regulaciones estatales, comunitarias y regionales relevantes.
 - _____ Herramientas de valoración.
 - _____ Técnicas de intervención.
 - _____ Métodos de evaluación.
 - _____ Asistencia en casos de emergencia y prevención de suicidios.
 - _____ Supervisión de clientes en programas residenciales.
 - _____ Comunicación de confidencialidad y privilegios.
 - _____ Consentimiento informado.

- _____ Prestación inadecuada de servicios y tratamientos.
- _____ Injurias.
- _____ Problemas con los límites establecidos en las relaciones con clientes y compañeros de trabajo (relaciones dobles y múltiples).
- _____ Consulta y derivación a compañeros de trabajo y especialistas.
- _____ Fraude y engaño.
- _____ Finalización (o terminación/rescisión) de los servicios.

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** administradores y supervisores, con frecuencia, siguen procedimientos adecuados en lo que se refiere a la formación de personal del centro en áreas fundamentales.
- 2 puntos riesgo mínimo:** administradores y supervisores, normalmente, siguen procedimientos adecuados en lo que se refiere a la formación de personal del centro, pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** administradores y supervisores son demasiado inconsecuentes en el uso de procedimientos adecuados en lo que se refiere a la formación de personal del centro.
- 4 puntos riesgo elevado:** administradores y supervisores rara vez o nunca siguen procedimientos adecuados en lo que se refiere a la formación de personal del centro.
- _____ Habilidades prácticas relevantes.
- _____ Responsabilidad y ética profesionales (especialmente en el caso de áreas de riesgo más relevantes y los pasos a seguir durante la toma de decisiones éticas).
- _____ Estatutos y regulaciones estatales, comunitarias y regionales relevantes.
- _____ Herramientas de valoración.
- _____ Técnicas de intervención.
- _____ Métodos de evaluación.
- _____ Asistencia en casos de emergencia y prevención de suicidios.
- _____ Supervisión de clientes en programas residenciales.
- _____ Comunicación de confidencialidad y privilegios.
- _____ Consentimiento informado.
- _____ Prestación inadecuada de servicios y tratamientos.
- _____ Injurias.
- _____ Problemas con los límites establecidos en las relaciones con clientes y compañeros de trabajo (relaciones dobles y múltiples).
- _____ Consulta y derivación a compañeros de trabajo y especialistas.
- _____ Fraude y engaño.
- _____ Finalización (o terminación/rescisión) de los servicios.

Consulta: el centro dispone de políticas y procedimientos establecidos para asegurar que su personal busque un asesoramiento adecuado.

POLÍTICAS

- 1 punto sin riesgo:** existen políticas claras y exhaustivas relativas al uso de consultores por parte del personal del centro, de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.
- 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas al uso de consultores por parte del personal del centro, pero requieren de una pequeña revisión.

3 puntos riesgo moderado: existen políticas relativas al uso de consultores por parte del personal del centro, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a aspectos sobre el uso de consultores por parte del personal del centro.

4 puntos riesgo elevado: las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos al uso de consultores por parte del personal del centro.

_____ El personal del centro solicita los servicios de consultores cuando así lo precisa.

_____ El personal del centro realiza una criba de profesionales que asegure una consulta más competente.

PROCEDIMIENTOS

1 punto sin riesgo: el personal del centro, con frecuencia, sigue procedimientos adecuados en relación a su uso de consultores.

2 puntos riesgo mínimo: el personal del centro, normalmente, sigue procedimientos adecuados en relación a su uso de consultores, pero existen excepciones.

3 puntos riesgo moderado: el personal del centro es demasiado inconsecuente en su uso de procedimientos adecuados para la obtención de servicios de consulta.

4 puntos riesgo elevado: el personal del centro rara vez o nunca sigue procedimientos adecuados en relación al uso de consultores.

_____ El personal del centro solicita los servicios de consultores cuando así lo precisa.

_____ El personal del centro realiza una criba de profesionales que asegure una consulta más competente.

Remisión del cliente: el centro dispone de políticas y procedimientos adecuados para garantizar que el personal remita los clientes a otros proveedores de servicios cuando sea necesario.

POLÍTICAS

1 punto sin riesgo: existen políticas claras y exhaustivas relativas a la derivación de clientes a otros proveedores de servicios, de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.

2 puntos riesgo mínimo: existen políticas relativas a la derivación de clientes a otros proveedores de servicios, pero requieren de una pequeña revisión.

3 puntos riesgo moderado: existen políticas relativas a la derivación de clientes a otros proveedores de servicios, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a aspectos sobre la derivación de clientes a otros proveedores de servicios.

4 puntos riesgo elevado: las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos a la derivación de clientes.

_____ El personal del centro puede solicitar la derivación de clientes a otros especialistas cuando se necesario.

- _____ El personal del centro puede realizar una búsqueda de especialistas a los que derivar a su cliente, con el fin de asegurar la mayor de las competencias por parte de estos.
- _____ El personal del centro controla a los clientes derivados (realiza un seguimiento).

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** el personal del centro, con frecuencia, sigue procedimientos adecuados en relación a su derivación de clientes a otros proveedores de servicios.
- 2 puntos riesgo mínimo:** el personal del centro, normalmente, sigue procedimientos adecuados en relación a su derivación de clientes a otros proveedores de servicio, pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** es personal del centro es demasiado inconsecuente en su uso de procedimientos adecuados para derivar a sus clientes.
- 4 puntos riesgo elevado:** el personal del centro rara vez o nunca sigue procedimientos adecuados en relación a la derivación de clientes.
- _____ El personal del centro puede solicitar la derivación de clientes a otros especialistas cuando se necesario.
- _____ El personal del centro puede realizar una búsqueda de especialistas a los que derivar a su cliente, con el fin de asegurar la mayor de las competencias por parte de estos.
- _____ El personal del centro controla a los clientes derivados (realiza un seguimiento).

Fraude: el centro dispone de políticas y procedimientos adecuados para prevenir el fraude.

POLÍTICAS

- 1 punto sin riesgo:** existen políticas claras y exhaustivas relativas a la prevención del fraude, de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.
- 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas a la prevención del fraude, pero requieren de una pequeña revisión.
- 3 puntos riesgo moderado:** existen políticas relativas a la prevención del fraude, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a aspectos sobre la prevención del fraude.
- 4 puntos riesgo elevado:** las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos a la prevención del fraude.
- _____ Documentación de los registros del cliente (por ejemplo, contactos del cliente, servicios que se le proporcionan).
- _____ Facturación.
- _____ Registros del personal (por ejemplo, solicitudes de empleo, comprobantes de gastos, solicitud de excedencia voluntaria).

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** el personal del centro, con frecuencia, sigue procedimientos adecuados en relación a la prevención del fraude.

- 2 puntos riesgo mínimo:** el personal del centro, normalmente, sigue procedimientos adecuados a la prevención del fraude, pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** el personal del centro es demasiado inconsecuente en su uso de procedimientos adecuados para prevenir el fraude.
- 4 puntos riesgo elevado:** el personal del centro rara vez o nunca sigue procedimientos adecuados en relación a la prevención del fraude.
- _____ Documentación de los registros del cliente (por ejemplo, contactos del cliente, servicios que se le proporcionan).
- _____ Facturación.
- _____ Registros del personal (por ejemplo, solicitudes de empleo, comprobantes de gastos, solicitud de excedencia voluntaria).

Finalización de los servicios y abandono del cliente: el centro dispone de políticas y procedimientos establecidos para asegurar una finalización adecuada de los servicios prestados al cliente.

POLÍTICAS

- 1 punto sin riesgo:** existen políticas claras y exhaustivas relativas a la finalización de los servicios prestados a los clientes, de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.
- 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas a la finalización de servicios, pero requieren de una pequeña revisión.
- 3 puntos riesgo moderado:** existen políticas relativas a la finalización de servicios, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a aspectos propios de la finalización de servicios.
- 4 puntos riesgo elevado:** las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos a la finalización de servicios.
- _____ La finalización de los servicios como resultado de la marcha del facultativo.
- _____ La finalización de los servicios como resultado del impago de una deuda pendiente por parte del cliente.
- _____ La finalización de los servicios como resultado de fraude o incumplimiento por parte del cliente.
- _____ Notificación a los clientes de la finalización de los servicios.
- _____ Documentación sobre las decisiones y acciones concernientes a la finalización de los servicios.
- _____ Prestación de servicios en situaciones de emergencia.

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** el personal del centro, con frecuencia, sigue procedimientos adecuados relacionados con la finalización de los servicios.
- 2 puntos riesgo mínimo:** el personal del centro, normalmente, sigue procedimientos adecuados relacionados con la finalización de los servicios, pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** el personal del centro es demasiado inconsecuente en el uso de procedimientos adecuados relacionados con la finalización de los servicios.

4 puntos riesgo elevado: el personal del centro rara vez o nunca sigue procedimientos adecuados relacionados con la finalización de los servicios.

_____ La finalización de los servicios como resultado de la marcha del facultativo.

_____ La finalización de los servicios como resultado del impago de una deuda pendiente por parte del cliente.

_____ La finalización de los servicios como resultado de fraude o incumplimiento por parte del cliente.

_____ Notificación a los clientes de la finalización de los servicios.

_____ Documentación sobre las decisiones y acciones concernientes a la finalización de los servicios.

_____ Prestación de servicios en situaciones de emergencia.

Desgaste profesional del facultativo: el centro dispone de políticas y procedimientos apropiados para afrontar el desgaste profesional de sus empleados.

POLÍTICAS

1 punto sin riesgo: existen políticas claras y exhaustivas relativas al desgaste profesional del facultativo, de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.

2 puntos riesgo mínimo: existen políticas relativas al desgaste profesional del facultativo, pero requieren de una pequeña revisión.

3 puntos riesgo moderado: existen políticas relativas al desgaste profesional del facultativo, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a aspectos sobre el desgaste profesional del facultativo.

4 puntos riesgo elevado: las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos al desgaste profesional del facultativo.

_____ El personal del centro está familiarizado con la naturaleza, causas y síntomas del desgaste profesional del facultativo.

_____ El personal del centro emplea estrategias para afrontar la situación de compañeros de trabajo que sufren desgaste profesional.

_____ El personal del centro emplea estrategias para afrontar las situaciones de desgaste profesional que ellos mismos padecen.

PROCEDIMIENTOS

1 punto sin riesgo: el personal del centro, con frecuencia, sigue procedimientos adecuados en relación al desgaste profesional del facultativo.

2 puntos riesgo mínimo: el personal del centro, normalmente, sigue procedimientos adecuados en relación al desgaste profesional del facultativo, pero existen excepciones.

3 puntos riesgo moderado: el personal del centro es demasiado inconsecuente en su uso de procedimientos adecuados en relación al desgaste profesional del facultativo.

4 puntos riesgo elevado: el personal del centro rara vez o nunca sigue procedimientos adecuados en relación al desgaste profesional del facultativo.

_____ El personal del centro está familiarizado con la naturaleza, causas y síntomas del desgaste profesional del facultativo.

_____ El personal del centro emplea estrategias para afrontar la situación de compañeros de trabajo que sufren desgaste profesional.

_____ El personal del centro emplea estrategias para afrontar las situaciones de desgaste profesional que ellos mismos padecen.

Evaluación e investigación: el centro dispone de políticas y procedimientos apropiados para el seguimiento y evaluación de los servicios, políticas y programas, así como para proteger a los participantes de dicha evaluación e investigación.

POLÍTICAS

1 punto sin riesgo: existen políticas claras y exhaustivas relativas a los procesos a la evaluación y la investigación (incluyendo la protección de los participantes de los procedimientos de evaluación e investigación), de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.

2 puntos riesgo mínimo: existen políticas relativas a procesos de evaluación e investigación, pero requieren de una pequeña revisión.

3 puntos riesgo moderado: existen políticas relativas a procesos de evaluación e investigación, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a aspectos sobre procesos de evaluación e investigación.

4 puntos riesgo elevado: las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos a procesos de evaluación e investigación.

_____ Llevar a cabo programas, políticas y servicios de evaluación e investigación.

_____ Estar al corriente de los últimos descubrimientos relevantes para el trabajo social y usar estas demostraciones sobre métodos de investigación y evaluación en su ámbito profesional.

_____ Seguir las pautas desarrolladas para la protección de los participantes en la evaluación y la investigación (incluyendo el asesoramiento de los adecuados tribunales institucionales de revisión).

_____ Obtener de forma voluntaria el consentimiento informado por escrito de los participantes en investigaciones y procesos de evaluación cuando sea preciso.

_____ Informar a los participantes de su derecho a renunciar a los procedimientos de evaluación e investigación en cualquier momento sin penalización.

_____ Tomar las precauciones necesarias para asegurar que los participantes en evaluaciones o investigaciones tengan acceso a servicios de apoyo adecuados.

_____ Proteger a los participantes de procesos de evaluación e investigación de cualquier daño, perjuicio, peligro o carencia mentales o físicos no justificados.

- _____ Dialogar acerca de la información recolectada únicamente con fines profesionales y solo con el personal que esté al tanto de dicha información.
- _____ Asegurar el anonimato o confidencialidad de los participantes y los datos obtenidos de ellos, en la medida en que así lo permitan las leyes y regulaciones.
- _____ Proteger la confidencialidad de los participantes en procesos de evaluación e investigación omitiendo información identificativa a menos que se tenga el consentimiento pertinente que autorice su divulgación.
- _____ Informar con exactitud sobre los resultados obtenidos de los procesos de evaluación e investigación.
- _____ Evitar conflictos de interés y las relaciones bipersonales con los participantes en la evaluación y la investigación.

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** el personal del centro, con frecuencia, sigue procedimientos adecuados en lo que se refiere a procesos de evaluación e investigación.
- 2 puntos riesgo mínimo:** el personal del centro, normalmente, sigue procedimientos adecuados en lo que se refiere a procesos de evaluación e investigación, pero existen excepciones.
- 3 puntos riesgo moderado:** el personal del centro es demasiado inconsecuente en el uso de procedimientos adecuados en lo que se refiere a procesos de evaluación e investigación.
- 4 puntos riesgo elevado:** el personal del centro rara vez o nunca sigue procedimientos adecuados en lo que se refiere a procesos de evaluación e investigación.
- _____ Llevar a cabo programas, políticas y servicios de evaluación e investigación.
- _____ Estar al corriente de los últimos descubrimientos relevantes para el trabajo social y usar estas demostraciones sobre métodos de investigación y evaluación en su ámbito profesional.
- _____ Seguir las pautas desarrolladas para la protección de los participantes en la evaluación y la investigación (incluyendo el asesoramiento de los adecuados tribunales institucionales de revisión).
- _____ Obtener de forma voluntaria el consentimiento informado por escrito de los participantes en investigaciones y procesos de evaluación cuando sea preciso.
- _____ Informar a los participantes de su derecho a renunciar a los procedimientos de evaluación e investigación en cualquier momento sin penalización.
- _____ Tomar las precauciones necesarias para asegurar que los participantes en evaluaciones o investigaciones tengan acceso a servicios de apoyo adecuados.
- _____ Proteger a los participantes de procesos de evaluación e investigación de cualquier daño, perjuicio, peligro o carencia mentales o físicos no justificados.
- _____ Dialogar acerca de la información recolectada únicamente con fines profesionales y solo con el personal que esté al tanto de dicha información.

- _____ Asegurar el anonimato o confidencialidad de los participantes y los datos obtenidos de ellos, en la medida en que así lo permitan las leyes y regulaciones.
- _____ Proteger la confidencialidad de los participantes en procesos de evaluación e investigación omitiendo información identificativa a menos que se tenga el consentimiento pertinente que autorice su divulgación.
- _____ Informar con exactitud sobre los resultados obtenidos de los procesos de evaluación e investigación.
- _____ Evitar conflictos de interés y las relaciones bipersonales con los participantes en la evaluación y la investigación.

Toma de decisiones de carácter ético: el centro dispone de políticas y procedimientos apropiados que aseguran la toma de decisiones éticas sólidas.

POLÍTICAS

- 1 punto sin riesgo:** existen políticas claras y exhaustivas relativas al uso de protocolos de toma de decisiones de carácter ético por parte del personal del centro, de conformidad con las leyes, regulaciones y estándares éticos.
 - 2 puntos riesgo mínimo:** existen políticas relativas al uso de protocolos de toma de decisiones de carácter ético por parte del personal del centro, pero requieren de una pequeña revisión.
 - 3 puntos riesgo moderado:** existen políticas relativas al uso de protocolos de toma de decisiones de carácter ético por parte del personal del centro, pero requieren de una revisión significativa; es necesario crear políticas relativas a aspectos propios de la toma de decisiones de carácter ético.
 - 4 puntos riesgo elevado:** las políticas existentes son inadecuadas o totalmente incorrectas; es necesario crear políticas para atajar un número significativo de problemas relativos a la toma de decisiones de carácter ético.
- _____ El personal del centro posee la habilidad necesaria para reconocer dilemas éticos.
 - _____ El personal del centro está familiarizado con los protocolos de toma de decisiones de carácter ético y tiene la habilidad de usarlos.
 - _____ El personal del centro está familiarizado y sabe cómo utilizar:
 - Teorías, principios y directrices de carácter ético.
 - Códigos de ética (especialmente el código de ética de la NASW).
 - Principios jurídicos (incluyendo leyes, regulaciones y decisiones judiciales relevantes).
 - Consultas de carácter ético (personal del centro, supervisores, administradores, expertos en ética, comités de ética).
 - _____ Documentación sobre la toma de decisiones de carácter ético.
 - _____ Seguimientos y evaluación de la toma de decisiones de carácter ético.

PROCEDIMIENTOS

- 1 punto sin riesgo:** el personal del centro, con frecuencia, sigue procedimientos adecuados relacionados con la toma de decisiones de carácter ético.
- 2 puntos riesgo mínimo:** el personal del centro, normalmente, sigue procedimientos adecuados cuando toma decisiones de carácter ético, pero existen excepciones.

3 puntos riesgo moderado: el personal del centro es demasiado inconsecuente en el uso de procedimientos adecuados relacionados con la toma de decisiones de carácter ético.

4 puntos riesgo elevado: el personal del centro rara vez o nunca sigue procedimientos adecuados relacionados con la toma de decisiones de carácter ético.

_____ El personal del centro posee la habilidad necesaria para reconocer dilemas éticos.

_____ El personal del centro está familiarizado con los protocolos de toma de decisiones de carácter ético y tiene la habilidad de usarlos.

_____ El personal del centro está familiarizado y sabe cómo utilizar:
Teorías, principios y directrices de carácter ético.
Códigos de ética (especialmente el código de ética de la NASW).
Principios jurídicos (incluyendo leyes, regulaciones y decisiones judiciales relevantes).
Consultas de carácter ético (personal del centro, supervisores, administradores, expertos en ética, comités de ética).

_____ Documentación sobre la toma de decisiones de carácter ético.

_____ Seguimientos y evaluación de la toma de decisiones de carácter ético.

Parte II: Plan de Acción

1 Área de riesgo:

2 Nivel de riesgo:

☐ Riesgo elevado

☐ Riesgo moderado

☐ Riesgo mínimo

3 Resumen de los pasos requeridos para reducir el riesgo:

4 Recursos requeridos (por ejemplo, personal, publicaciones, nombramiento de un comité o grupo de trabajo, consultas legales, consulta éticas, tiempo a emplear por parte del personal):


5 Personal responsable de supervisar la implementación del Plan de Acción:

6 Calendario para la finalización del Plan de Acción (fechas de comienzo y finalización claves para cada una de las tareas individuales):

7 Indicadores de progreso con el fin de minimizar los riesgos (por ejemplo, revisión de documentos específicos, desarrollo y formación del personal del centro sobre temas específicos):

8 Planes para monitorizar la implementación del Plan de Acción:

Anexo II: Documentación correspondiente al procedimiento de confidencialidad y privacidad

	GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLAVE: RESPECTO A LA PRIVACIDAD E INTIMIDAD EN LOS CUIDADOS PERSONALES Y EN EL ASEO²³	P 1-1
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

Esta Buena práctica (BP) fomenta el respeto a la intimidad y a la privacidad de las personas a la vez que permite mantener sus dimensiones de capacidad personal (independencia y autonomía).

En concreto busca personalizar los apoyos y cuidados que proporcionamos respetando los derechos fundamentales de la persona (derecho al honor, derecho a la intimidad personal y derecho a la propia imagen).

Como elementos básicos para su desarrollo de esta BP se señalan la participación de la persona usuaria en la planificación y ejecución de estas tareas; la adaptación y preparación del entorno; el cuidado de la imagen e identidad personal y las actitudes profesionales necesarias para su desarrollo.

Esta BP debe realizarse siempre, incluso con las personas más heterónomas, para proporcionar una atención digna y ética.

El cómo realizamos estos apoyos o cuidados personales demostrará la calidad en la atención.

1. Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

El desarrollo de esta BP dirigida a garantizar la intimidad de las personas usuarias en los cuidados personales y en el aseo deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Planificando y realizando las actividades de aseo y atención personal con la persona usuaria de la Residencia

Una cuestión esencial es planificar estas actividades de aseo y cuidado conjuntamente con la persona. Su participación activa, permitiendo que opine e influya en el modo en que el profesional realiza las tareas de apoyo y/o cuidado, favorece el mantenimiento de sus capacidades y garantiza el ejercicio de sus derechos. La persona puede influir en actividades como:

- La planificación del mismo aseo, seleccionando los utensilios que va a necesitar para desarrollar dicha tarea.
- El desarrollo de las tareas, aunque sea en acciones muy simples.

²³ Elaborada a partir de la Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. (2009). Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies. (pp 39-44).

- La creación de un estilo y secuencia personalizada, en la que se sienta más cómoda la persona, mediante rutinas que le proporcionen seguridad y confort.
- La elección de jabones, cremas o colonias, que procuren un espacio de bienestar y de disfrute del propio cuerpo.

b) Cuidando los entornos de modo que proporcionen seguridad, confort y privacidad

Un elemento esencial es el entorno donde se llevan a cabo dichas acciones. El aseo, el baño, los cuidados personales como vestirse y arreglarse deben poder realizarse en espacios de intimidad y seguridad. Podemos mejorar el ambiente si realizamos pequeñas acciones, que siendo de sentido común, son de vital importancia como:

- Preparar previamente el entorno de aseo para aportar sensación de confort y bienestar.
- Cerrar la puerta de la habitación y del baño para realizar el aseo.
- Preparar y disponer los utensilios necesarios de forma accesible para que la persona pueda utilizarlos del modo más natural y normalizado posible.
- Minimizar aquellos elementos estresores u otros factores externos a la situación de aseo personal que no propician el ambiente deseado (avisadores, interrupciones de otras personas, etc.).
- Propiciar factores de confort y seguridad: dar un trato respetuoso y afectuoso, indicarle e implicarle en las tareas se van realizando, preguntar sus gustos, preferencias y estimular su elección.
- Transmitir la información referida a la secuencia personalizada, y a los gustos y preferencias de cada persona entre las diversas personas involucradas en estas tareas para asegurar la continuidad en las formas de realizar los apoyos o cuidados.

c) Dando importancia a los aspectos relacionados con la imagen y la identidad de la persona

Los profesionales del centro deben recordar que cada una de las personas con las que trabajan tiene su propia idea de sí mismo, sus gustos y sus preferencias. Mantener esta identidad el mayor tiempo posible es parte de nuestro trabajo. Ello podremos facilitarlo si:

- La persona usuaria participa en la tarea de vestirse, seleccionando qué ropa quiere ponerse (así como sus complementos –pendientes, gargantillas, pañuelos, gorros, etc.), definiendo una forma propia de vestirse y arreglarse.
- Ayudamos a romper la monotonía y fomentamos la elección de la ropa y el arreglo personal según la actividad que vaya a realizar ese día (visitas, celebraciones, salida al exterior, etc.).

d) Actitudes profesionales para el desarrollo de la Buena Práctica

Lo importante para desarrollar adecuadamente esta BP no son las tareas que deben desempeñarse sino el modo en que se desarrollan. La comunicación no verbal, las actitudes que se desprenden en la forma de hacerlo adquieren un significado especial cuando se trata de atender aspectos íntimos del cuidado personal. Es por ello que la observación, la escucha, la sensibilidad y la empatía son imprescindibles.

En estos momentos de intimidad, los profesionales deben tener especial cuidado en prestar atención a la persona y comunicarse con ella (hablándole, verbalizando acciones y secuencias para facilitarlas y por medio de la comunicación no verbal).

Es imprescindible evitar siempre:

- Hablar sobre otros temas si hay otro profesional colaborando como si la persona no estuviese ahí.

- Emplear auriculares u otros utensilios mientras le estamos prestando nuestra ayuda.
- No dirigirle la palabra.

Conocer la opinión del otro y saber ponerse en su lugar, tratarlo como nos gustaría a nosotros que nos trataran en sus circunstancias, es un buen método para ayudar a que cada profesional desarrolle las actitudes necesarias para implementar esta BP.

2. Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP:

Con el desarrollo de una BP dirigida a cuidar la privacidad y la intimidad en los cuidados personales y en el aseo, se logra avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía: Porque al respetar su intimidad y privacidad, se brinda seguridad y capacidad real de ejercer su autodeterminación en aspectos concretos del cuidado de sí mismo y de su imagen personal.


Se mejora el bienestar emocional: Ya que al ejercer esta autonomía en los momentos de privacidad e intimidad, se produce más seguridad y la persona se siente más relajada. Porque continuar pudiendo tomar decisiones respecto a la gestión del cuerpo y de la imagen personal genera satisfacción y mantiene una mejor autoestima de la persona.

Se fortalecen las relaciones interpersonales: Ya que si el personal de atención es estable y predecible para la persona usuaria se generan más situaciones de confianza y complicidad entre ellos en la vida cotidiana y más íntima de la persona. La persona usuaria percibe el respeto del otro en el mismo momento.

Se estimula el desarrollo personal: Porque un buen aseo y el cuidado de la imagen propia, mantiene la identidad personal y es el mejor punto de partida para la relación con los demás.

Se favorece el bienestar físico: Porque cuidar y disfrutar del cuerpo, sentirlo de modo agradable genera bienestar no sólo psicológico sino también físico y sensorial, y facilita unas mejores condiciones de higiene y autocuidado.

Se protegen derechos: Ya que se respeta la intimidad, la autonomía, el derecho a la imagen y la dignidad de la persona.

	GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLAVE: RESPECTO A LA PRIVACIDAD E INTIMIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN PERSONAL.²⁴	P 1-2
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

Esta Buena Práctica (BP) fomenta el respeto de la privacidad de la información referida a las personas usuarias y afecta directamente a su dignidad y al derecho a la intimidad.

Esta BP pretende respetar al máximo las facultades de capacidad de autogestión de cada persona sin vulnerar sus derechos (al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen).

Como elementos básicos para su desarrollo se señala la garantía de la confidencialidad e integridad de la información personal –tanto de la emitida verbalmente, como de los datos escritos o informatizados– y el mantenimiento, por todos, del secreto profesional.

Esta BP debe realizarse siempre, también con las personas más heterónomas o en situaciones de incapacitación legal, para proporcionar una atención digna y ética.

Respetar la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información y objetos personales dignifica a la persona, reforzando su identidad y capacidad de autodeterminación.

1. Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo de esta BP dirigida a garantizar la privacidad de la información y de los objetos personales de las personas, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Garantizando los derechos en el tratamiento de la información de las personas usuarias que viven en la Residencia

Los profesionales deberemos ser extremadamente cuidadosos y velar por la protección del derecho a la intimidad de las personas usuarias. La confidencialidad de la información obtenida de cada persona es algo exigible a todos los miembros del equipo, todos ellos sujetos a secreto profesional.

No podemos olvidar que el acceso a la historia clínica sin autorización es un delito grave castigado por el Código Penal.

Por todo ello es preciso evitar tanto la divulgación de señas personales que figuren en los expedientes o historiales como la innecesaria difusión de datos de las personas usuarias en contextos ajenos a la intervención que busca la mejora de la persona.

También deberemos asegurarnos que la persona ejerce su derecho a conocer, facilitándole la información referida a los objetivos y propuestas de intervención referidas a ella.

²⁴ Elaborada a partir de la Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. (2009). Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d’Asturies. (pp 45-49)

La persona usuaria (o en su defecto sus allegados), como titular de la información clínica o de carácter personal que le concierne, tiene derecho a determinar que no se facilite dicha información a terceras personas. Conviene que ello se someta a Consentimiento informado y quede registrado para asegurar un uso adecuado de la información recibida de la persona usuaria, o sobre la misma, garantizando confidencialidad y privacidad.

b) Garantizando la confidencialidad en la transmisión de la información oral

Para garantizar la confidencialidad en la transmisión de la información de cuestiones personales de forma oral deberemos tener en cuenta aspectos como los siguientes:

- _ Cerciorarnos de que la información sea proporcionada siempre en primer lugar a la persona usuaria, y en segundo lugar, y si procede a sus familiares (en caso de presunta incapacidad) o al tutor legal en caso de incapacitación. Es importante situar el protagonismo en la persona usuaria, evitando que un uso inadecuado de su información personal con su familia o con otros profesionales menoscabe sus derechos.
- _ Asegurarnos de que cada tipo de información la proporcione el profesional más adecuado del equipo para ello, eligiendo cuidadosamente quién ha de ser en cada circunstancia y persona (el profesional de referencia, un profesional específico, el director de la Residencia, etc.). También se debe cuidar utilizar los espacios idóneos de modo que garanticemos la confidencialidad y la privacidad; por ello evitaremos expresamente lugares públicos como pasillos o salas de estar de los centros para transmitir informaciones personales.
- _ Revisar las formas en que los profesionales hablamos de las personas usuarias y qué tipo de información nos cruzamos en las habitaciones, pasillos, salas, etc. Hemos de recordar que esta información también debe estar sujeta al derecho a la intimidad, y por lo tanto, ser emitida de forma discreta.
- _ Asegurarnos que no se proporciona información a otros profesionales, personas usuarios o familiares de otros usuarios o profesionales de otros recursos, si no está debidamente justificado o si la persona no lo ha autorizado.

c) Garantizando la confidencialidad en la transmisión de la información escrita

La sistematización en el registro de la información escrita es una herramienta imprescindible para la continuidad del abordaje profesional y, por tanto, de la calidad asistencial. En este sentido, es preciso que el registro de este tipo de información, de cara a garantizar la confidencialidad de la misma, contemple algunas cuestiones como:

- _ Hacer constar siempre las modificaciones relativas al estado de la persona, a los objetivos o a las estrategias de intervención profesional aplicadas (terapéuticas, estimulativas, de apoyo, tratamientos, etc.).
- _ Conocer y cumplir, por parte de todo el equipo, las normas ético-legales (como la Ley de Protección de Datos de carácter personal o la Ley General de Sanidad así como los diversos decretos o desarrollos normativos que las desarrollan) que garantizan un uso correcto de la información privada y protegen los derechos de las personas usuarias.
- _ Habilitar espacios adecuados para la custodia, así como generalizar un uso adecuado para garantizar una atención personalizada y cumplir con la normativa referida a la protección de datos personales.
- _ Posibilitar que cada individuo conozca la existencia de toda la documentación que poseamos referida a su persona. Del mismo modo, facilitar que pueda acceder y conocer su contenido proporcionándoselo a la misma persona usuaria (o/y a una persona delegada) y siempre en un lenguaje comprensible.

_ Siempre es deseable que sea la propia persona quien guarde sus propios documentos, aunque esto sólo suele ser posible cuando la persona dispone de capacidad y de voluntad de hacerlo. Por su parte, el equipo deberá custodiar y guardar cada uno de los expedientes personales:

- Los que están en papel: guardados en el archivador de cada despacho, dicho archivador quedará cerrado con llave, al igual que el propio despacho.
- Los que están en las carpetas en red: cada carpeta tiene una contraseña para que solo pueda acceder dicho profesional, al igual, su ordenador portátil es obligatorio que cuente con contraseña para el acceso al mismo. Haciendo copia de seguridad en un disco externo una vez a la semana.

_ La persona debe permitirnos (por medio de Consentimiento informado) el uso de esta información privada para poder prestarle la atención que precise. Su uso debe ser siempre en reuniones y contextos profesionales.

_ Para poder proporcionar una adecuada intervención en las Residencias deberemos facilitar que los diversos profesionales puedan consultar la información que necesiten de forma que se trabaje de manera coordinada y complementaria. Hemos de tener siempre presente que no toda la información ha de ser conocida por todos y que el criterio de qué información ha de ser compartida y cuál no está en relación a las competencias y responsabilidades de cada profesional en relación a la atención que se presta a la persona usuaria.

_ También extremaremos la calidad de los informes escritos destinados a otros profesionales para garantizar una mejor atención a la persona (en caso de altas, traslados, informes legales, etc.).

_ Evitaremos ofrecer información en lugares visibles de los centros relativa a las personas (en tablones, zonas de paso o de estar, a la entrada del aseo, en el comedor, etc.). Debemos buscar nuevas formas de compartir esa información entre profesionales –imprescindible para una atención personalizada– pero a su vez garantizando el cumplimiento de la norma y la necesaria discreción (a nadie nos gustaría que cualquiera pudiera saber qué tipo de ayuda necesitamos, por ejemplo, para ir al servicio).

d) Actitudes profesionales para el desarrollo de la Buena Práctica

Esta PB requiere que los profesionales demuestren empatía y escucha activa para saber captar la necesidad de información de la persona usuaria.

Además se requiere una actitud honesta y de transparencia para saber transmitírsela.

La clave es saber utilizar siempre el lenguaje adecuado, tratando de no desvirtuar la calidad de la información pero facilitando su comprensión para que la persona pueda decidir de forma autónoma.

2. Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a garantizar la confidencialidad en la transmisión de la información de cuestiones personales, se logra avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se mejora el bienestar emocional: Ya que la persona se siente segura en el uso de la información referida a sí misma, pudiendo sentir mayor sensación de control. Ejercer esta autonomía genera satisfacción y mantenimiento de la autoestima. Además, un buen uso de la información facilita diseñar unos PPA más adecuados a cada persona.

Se fortalecen las relaciones interpersonales: Porque las relaciones interpersonales basadas en el respeto de la privacidad y la confidencialidad, proporcionan vínculos de

seguridad y confianza. También permite minimizar la discriminación al evitar un mal uso de la información personal.

Se protegen derechos: Porque preserva el derecho a cada persona a ser diferente y a que se respete su imagen, su intimidad y su dignidad. Y porque evita que la información sirva para discriminar a las personas usuarias.

	MANUAL DE LAS NORMATIVAS DE SEGURIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS	P 1-3
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

RESUMEN INFORMATIVO DE LAS NORMATIVAS DE SEGURIDAD INFORMÁTICAS DE GERONTOVALLE

Se presenta a continuación un resumen de las principales directivas de seguridad que la empresa ha ido aprobando en diferentes documentos (políticas, normativas, procedimientos, etc.). Este resumen no exime del conocimiento y aplicación de todo cuanto se desarrolla adecuadamente en los documentos antes referidos.

Este Manual se encuentra directamente dirigido a los siguientes destinatarios:

- Personal propio, puesto que para el desempeño de las actividades que le corresponden, necesariamente efectúan un tratamiento de datos de carácter personal. Piénsese en la gestión de ayudas, solicitantes, expedientes, etc.
- Personal externo, que presta servicios en las instalaciones de la empresa y requiere el acceso a datos personales de titularidad de ésta, para lo cual necesariamente deberá conocer cada uno de los procedimientos de seguridad y manuales implantados en la misma.

A los efectos del presente Manual, en adelante, este personal enumerado anteriormente, así como cualquier otro que por razón de su puesto en la empresa efectúe un tratamiento de datos personales, será calificado como “los Usuarios” o “el personal”.

En consecuencia, la operativa general para el cumplimiento de la normativa de protección de datos por el personal de la empresa que se describe a continuación, será aplicable a todas las actividades que se desarrollen e impliquen el manejo y tratamiento de datos personales, desarrolladas en cualquiera de las Unidades o Áreas que la componen, si bien, teniendo en cuenta las peculiaridades propias establecidas en determinados procedimientos específicos por razón de la materia.

1.- COMPROMISO:

La seguridad es cosa de todos. Todo el personal de Gerontovalle somos responsables de velar por la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos que manejan los Sistemas de Información de la empresa.

2.- DERECHOS DE ACCESO:

A cada miembro del personal de Gerontovalle se le asigna un usuario individual con el que podemos acceder a los Sistemas de Información. La contraseña es personal e intransferible y no se debe compartir con nadie. Si alguien opera con tu usuario y contraseña será responsabilidad tuya todas las acciones que realice.

Aunque los Sistemas Informáticos permitan realizar operaciones a las que no estás realmente autorizado esto no te exime de responsabilidad y no debes hacerlas.

3.- CONCEPTOS BÁSICOS

Para proporcionar una mejor comprensión de la materia, a continuación, se definen algunos conceptos considerados básicos que ayudarán a determinar, en cada momento, el carácter de la información tratada, esto es, si la información constituye un dato de carácter personal, si el archivo que recoge los datos Personales se considera un fichero y si el uso que se hace del mismo constituye, a efectos de la Ley Orgánica de Protección de Datos, un tratamiento de datos de carácter personal.

a) Datos de carácter personal: Por dato de carácter personal se entiende, cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.

La definición anterior de dato de carácter personal incluye todo tipo de información, ya sea numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo, susceptible de recogida, registro, tratamiento o transmisión.

A continuación, con carácter ejemplificativo, se incluye un listado de datos de carácter personal:

- *Datos identificativos:* nombre y apellidos, dirección postal o electrónica, teléfono, DNI/NIF, nº SS/mutualidad, imagen o voz, firma o huella digitalizada, firma electrónica o marcas físicas, etc.
- *Datos de características personales:* estado civil, familia, fecha y lugar de nacimiento, edad, sexo, nacionalidad, lengua, características físicas, etc.
- *Datos de circunstancias sociales:* situación militar, propiedades, rentas, estilos de vida y aficiones, pertenencia a asociaciones, licencias, etc.
- *Datos académicos y profesionales:* formación, titulaciones, experiencia profesional, detalles de empleo, etc.
- *Datos especialmente protegidos:* ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial, salud o vida sexual.

b) Fichero: Se entiende por fichero, todo conjunto organizado de datos de carácter personal, con independencia de la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, empresa y acceso.

Para determinar los supuestos de existencia de un fichero no sólo se debe atender a si el mismo ha sido creado utilizando una herramienta informática específica para el almacenamiento de datos, como una base de datos tipo Access, Oracle, SQL, etc., sino que cualquier soporte que contenga datos de carácter personal de forma organizada, como una hoja de Excel o un documento Word, o un Archivador pueden ser calificados también como un “fichero”, a efectos de lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos.

En todo caso, para que un fichero pueda calificarse como un fichero de datos personales, deberá contener algún dato de carácter identificativo de la persona.

c) Tratamiento de datos: Se entiende por tratamiento de datos, toda operación o procedimiento técnico de carácter automatizado o no, que permita la recogida, grabación, conservación, elaboración, modificación, bloqueo y cancelación, así como la cesión de datos a personas ajenas a la empresa o a otras entidades, incluso que formen parte de una misma Entidad que resulten de comunicaciones, consultas, interconexiones y transferencias.

La definición anterior de tratamiento de datos tiene un carácter amplio y abarca cualquier utilización de los datos personales realizada por el personal en la empresa. Por tanto, se considera tratamiento de datos toda utilización realizada por un miembro del personal en el desarrollo de sus funciones en la empresa, efectuado en cualquier momento de la “vida” del dato, esto es, desde la recogida, hasta la cancelación o bloqueo de los datos.

Consecuencia de lo anterior es que cualquier uso u operación que se realice de datos de carácter personal por un miembro del personal en el desarrollo de las actividades de la empresa deberá ajustarse y respetar lo establecido en el presente Manual.

d) Incidencia: cualquier anomalía que afecte o pueda afectar a la seguridad de los datos.

4.- CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Se establece el siguiente criterio:

- **Pública:** Es la información apropiada para divulgación pública y que no afecte a los procesos del negocio.
- **Solo para uso interno:** Esta categoría de información sólo debe ser revelada a terceras partes si se ha firmado un acuerdo de confidencialidad. La revelación no debería causar un daño a la empresa y la información es internamente accesible a todo el personal. Esta clasificación es aplicada por defecto cuando la información no ha sido clasificada en una de las categorías. Esto incluye, toda la información residente en los discos comunes, la información residente en la Intranet de acceso público y todos aquellos papeles, soportes, etc. que no se encuentren custodiados bajo llave.
- **Solo para uso interno departamental o de área:** Esta categoría de información sólo debe ser revelada a otros departamentos u áreas si lo precisan para el desarrollo de su actividad. La revelación no debería causar un daño a la empresa y la información es internamente accesible a todo el personal del departamento o área. Esta clasificación es aplicada por defecto cuando la información reside en el disco común departamental y a todos aquellos papeles, soportes etc. que sólo son accesibles físicamente por los miembros del departamento. Ejemplos de ellos pueden ser documentos departamentales.
- **Confidencial:** Esta categoría es asignada a la información de la empresa que es más sensible pero que al mismo tiempo se ha creado intencionadamente para ser usada dentro de la empresa. La revelación no autorizada de esta información podría afectar desfavorablemente a la empresa o a los ciudadanos.

5.- TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El Reglamento de Medidas de Seguridad divide en tres niveles distintos los datos de carácter personal, dependiendo de la naturaleza de los mismos y de la mayor o menor necesidad de garantizar la confidencialidad y la integridad de la información.

En concreto, su artículo 4 establece lo siguiente:

NIVEL BÁSICO: datos de carácter meramente identificativo tales como nombre, apellidos, DNI, edad, dirección, teléfono...etc.

NIVEL MEDIO: datos relativos a comisiones de infracciones administrativas o penales, Hacienda Pública o servicios financieros. A su vez, se entenderán por ficheros de nivel medio al conjunto de datos de carácter personal suficientes que permitan obtener una evaluación de la personalidad del individuo.

NIVEL ALTO: datos relativos a ideología, religión, creencias, origen racial, salud o vida sexual, datos recabados con fines policiales sin consentimiento de las personas afectadas.

Aspectos Generales:

La información concerniente a los titulares de los datos debe obtenerse de forma lícita. Lo anterior supone que no se podrán recabar datos personales sin contar con el previo consentimiento de los titulares de los datos, salvo en varias circunstancias, entre ellas:

- Que los datos procedan de fuentes accesibles al público (por *fuentes accesibles al público* se entiende, exclusivamente, las enumeradas en la Ley Orgánica de Protección de Datos: el censo promocional, los repertorios telefónicos, las listas de colegios profesionales, los Diarios y Boletines Oficiales y los medios de comunicación).

- Que los datos se refieran a las partes de una relación negocial, laboral o administrativa.

- Que el tratamiento de los datos sea necesario para salvaguardar el interés vital del afectado o de otra persona, en el supuesto en el que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento.

Los datos considerados especialmente protegidos (*datos referentes a: ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial, salud o vida sexual*) se encuentran sometidos a un régimen más estricto: se requiere, en unos casos, el consentimiento expreso, y en otros, el consentimiento expreso y por escrito del interesado para recabar este tipo de datos. En estos casos, cuando se pretenda la recogida de este tipo de datos se deberá comunicar esta circunstancia al departamento correspondiente.

Igualmente, conviene señalar la necesidad de modificación y actualización de los ficheros con datos de carácter personal, siendo consecuencia del deber de exactitud de los datos establecido en la normativa de protección de datos, lo cual supone que los datos deberán ser exactos y puestos al día de forma que respondan con veracidad a la **situación actual del afectado**. En aplicación de este principio, los datos que figuren en los ficheros de la empresa han de adecuarse y responder a la situación actual del

afectado, deben estar actualizados y ser acordes con la realidad, de ahí la necesidad de colaboración por parte de todo el personal de la empresa.

De lo anterior se desprende, que resulta de vital importancia la **exactitud de los datos personales** contenidos en los ficheros, puesto que no tenerlos actualizados supone la comisión de una infracción tipificada en la normativa de protección de datos.

Por otra parte, el personal deberán considerar, que la totalidad de la información que gestionen, en el desempeño de sus funciones, es de **propiedad exclusiva** de los afectados, esto es, de las personas titulares de los datos personales, y los ficheros en los que se almacenan dichos datos, de la empresa, por lo que no podrán disponer de ella para fines personales o cualquier otro no compatible con el fin que cumpla el fichero en el que se encuentran los datos.

Por último, los datos no serán conservados en forma en que se permita la identificación del afectado durante un periodo superior al necesario para los fines respecto de los cuales hubieran sido registrados. Una vez haya desaparecido la finalidad que justifica la creación del fichero, éste deberá ser bloqueado (si alguna ley exige su mantenimiento) o borrado, cumpliendo con el procedimiento establecido para estos supuestos en el presente documento.

6.- DERECHOS DE LOS TITULARES DE LOS DATOS

a) Definiciones

- ***Derecho de información:*** Este derecho permite al afectado o interesado obtener, en el momento de recogida de sus datos personales, información relativa a la existencia de un fichero en el que los datos recabados son incorporados para su tratamiento por la empresa con un fin o finalidades determinadas.

- ***Derecho de acceso:*** Este derecho permite al afectado o interesado solicitar y obtener gratuitamente información sobre sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento, el origen de dichos datos y las comunicaciones realizadas de los mismos por la empresa.

- ***Derecho de rectificación:*** Este derecho permite al afectado o interesado rectificar o corregir sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento por la empresa, adecuándolos a la realidad existente.

- ***Derecho de cancelación:*** Este derecho permite al afectado o interesado solicitar la cancelación de sus datos personales sometidos a tratamiento por la empresa.

- ***Derecho de oposición:*** Este derecho permite al afectado o interesado manifestarse negativamente, esto es, oponerse propiamente a un determinado tratamiento de sus datos realizado por la empresa.

b) Consideraciones Generales

Los titulares de los datos contenidos en los ficheros de titularidad de la empresa tienen reconocidos los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos.

Cualquier persona interesada incluida en estos ficheros tendrá derecho a solicitar y obtener, gratuitamente, información de sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento, el origen de dichos datos, así como las comunicaciones realizadas o que se prevean realizar de los mismos a terceros. Igualmente, se reconoce al interesado el derecho a rectificar o cancelar los datos personales que se hallen registrados en los ficheros de la empresa, así como oponerse a un previo tratamiento de datos realizado por las mismas.

En este sentido, cualquier miembro del personal de nuestra empresa que reciba alguna solicitud por parte de un interesado, deberá seguir el procedimiento establecido en el Punto 7 del Documento de Seguridad correspondiente en cuanto a los Derechos A.R.C.O.

7.- CESIONES DE DATOS A TERCEROS Y ACCESO A DATOS POR CUENTA DE TERCEROS.

a) Definiciones

- ***Cesión o comunicación de datos:*** Se considera cesión la obtención de datos por un tercero con causa en la consulta del fichero por el tercero, en la interconexión de nuestro fichero con el fichero del tercero y la comunicación de datos a persona diferente al propio titular de los mismos.

- ***Cedente:*** Entidad o persona que lleva a cabo la comunicación de la información.

- ***Cesionario:*** Entidad o persona que recibe la comunicación de la información.

- ***Encargo de tratamiento:*** Se entiende por encargo de tratamiento, todo acceso efectuado por terceros a los datos, en el caso que nos ocupa, titularidad de la empresa, cuando dicho acceso sea necesario para la prestación de un servicio a la misma.

- ***Encargado del tratamiento:*** Entidad o persona física, autoridad pública o cualquier otro organismo que trate datos personales por cuenta del Responsable del Fichero, es decir, de la empresa, en el caso que nos ocupa.

b) Regulación Legal y Consideraciones Jurídicas

Es necesario que el personal de nuestra empresa conozca y tenga en cuenta las siguientes consideraciones en la materia:

- Necesidad de la obtención del consentimiento del interesado para realizar cualquier cesión de datos. En este sentido, el consentimiento se encuentra excepcionado en los siguientes supuestos:

- Por disposición de la ley o interés general.
- Cuando se trate de datos obtenidos de una fuente accesible al público.

- Cuando el tratamiento responda a la libre y legítima aceptación de una relación jurídica, cuyo desarrollo, cumplimiento y control implique necesariamente la conexión de dicho tratamiento con ficheros de terceros.
- Por petición de la Administración de Justicia.
- Cuando tenga por destinatarios al Defensor del Pueblo, Ministerio Fiscal, Jueces y Tribunales o el tribunal de Cuentas.
- La Agencia Española de Protección de Datos entiende que la comunicación de datos entre entidades de un mismo Grupo entidad o bien entre empresas con una especial relación de colaboración se considera un supuesto de cesión de datos a terceros, por lo que se deberán cumplir los requisitos establecidos en la normativa de protección de datos.

c) Aplicación práctica

En los supuestos en que sea necesario, en el desarrollo de la actividad, efectuar una cesión o comunicación de datos de carácter personal a una tercera empresa o bien, permitir un encargo de tratamiento por parte de terceros, el personal de la empresa implicado deberá tener en cuenta que:

Se deberá comunicar previamente esta circunstancia al departamento correspondiente de la empresa y esperar su autorización expresa para poder llevarla a cabo.

En el caso de que se produzca un acceso de datos por parte de un tercero al objeto de prestar un servicio a la empresa, será necesaria la notificación de esta situación al departamento correspondiente y la adopción de un contrato por escrito que regule dicho acceso.

8.- CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS Y DOCUMENTACIÓN:

- Toda la información personal y confidencial a la que cada trabajador accede en el desarrollo de sus funciones en la empresa, es propiedad única y exclusivamente de la misma, y sólo se utilizará para fines exclusivos relacionados con el desempeño de actividades relacionadas con el puesto de trabajo.
- Que el trabajador está obligado a guardar secreto en relación con todos aquellos datos personales e información de carácter confidencial (usuarios de servicios, instalaciones, know how, finanzas, o cualquier otro aspecto relacionado con la actividad de Gerontovalle, que como consecuencia del desempeño de las tareas, pueda tener conocimiento. Esta obligación se mantendrá incluso después de finalizar mi relación con Gerontovalle.
- Dar el tratamiento reservado que requieren tanto internamente como hacia los ciudadanos o usuarios. No confiar en la solicitud de información que se realice

por teléfono, correo, fax o cualquier otro medio. Verificar que es quién realmente dice y si debe conocer la información que solicita.

- No dejar el ordenador funcionando cuando no se está utilizando. Se debe apagar o bloquear según el caso.
- Aplicar la normativa explícita sobre la eliminación de los soportes (papel, cintas, disquetes etc.) e información contenida en ellos.
- Recoger los documentos que se han mandado a imprimir, con más criticidad si contienen datos de carácter personal o confidencial.
- No dejar sobre la mesa documentos o papeles cuando finalices tu jornada laboral sobre todo si contienen datos de carácter personal o confidencial.
- No enviar por correo electrónico, fax, CD, USB o cualquier otro medio, datos de carácter personal o confidencial sin la previa autorización de la dirección o en su defecto de su superior directo.
- Que tengo la obligación de cumplir la normativa de seguridad implantada en la empresa, así como la obligación de adoptar todas las medidas de seguridad necesarias y exigidas por Gerontovalle sobre toda la información que maneje en el desarrollo de mis actividades profesionales, siendo irrelevante el soporte que contenga.

9.- USO RESPONSABLE DE LAS HERRAMIENTAS Y EL EQUIPAMIENTO PROPORCIONADOS POR GERONTOVALLE:

- Usar la navegación por Internet y correo electrónico de manera responsable, conociendo que supone un riesgo a la seguridad de la empresa (virus, troyanos etc.). Asimismo recuerda que debes restringir su uso a actividades exclusivamente relacionadas con las competencias del puesto que desempeñas.
- No abrir correos de origen desconocido o contenido dudoso. No ejecutar archivos adjuntos ni pinchar en los enlaces que vayan en el cuerpo del mensaje, a no ser que estés totalmente seguro que es información legítima.
- Todo equipamiento proporcionado por Gerontovalle, por ejemplo, ordenador fijo o portátil, teléfono móvil, teléfono fijo, PDA, USB, etc., es propiedad de la empresa. La persona que lo recibe debe custodiarlo, utilizarlo de forma responsable acorde a las actividades relacionadas con las competencias del puesto que desempeña y comunicar cualquier deterioro o mal funcionamiento del mismo.
- Los equipos informáticos están destinados específicamente para el uso o desempeño de las tareas propias de Gerontovalle. Por ello, se entiende que otros usos personales serán realizados en equipos ajenos a la empresa, en el ámbito privado de cada uno. Esto incluye la utilización del disco duro, espacio en el servidor, uso de Internet, uso del correo electrónico, etc.

- El equipamiento deberá devolverse si cambia a un puesto de trabajo donde no requiere el mismo o cesa su relación laboral con la empresa.
- La empresa ha implantado una política de uso de los recursos informáticos y de información facilitados por la empresa, en los que se establece:

A) Que las cuentas de correo electrónico, la conexión a Internet, el acceso al servidor, el propio ordenador y demás elementos de trabajo que la empresa facilite al trabajador, son propiedad de la empresa y se ceden al trabajador para el desarrollo exclusivo de su trabajo.

B) La empresa se reserva el derecho de revisar, sin previo aviso: el correo electrónico, las sesiones de internet, la conexión habitual a la red del trabajador, etc, ante cualquier sospecha o evidencia de uso fraudulento por el trabajador, que pueda poner en peligro la integridad de la empresa, o incurrir en acciones ilegales, que atenten contra la moral o supongan distribución de material protegido por la propiedad intelectual, entre otras.

10.- DISPOSITIVOS EXTERNOS:

Otra fuente importante de propagación de virus son los medios extraíbles (módems, disquetes, CD, DVD, USB, PDAS, Móviles, Cámaras de fotos, etc.). Por defecto está prohibido pinchar dispositivos externos en nuestros equipos y utilizar las lectoras de CD o DVD y las disqueteras. Aquellos miembros del personal a los que se les autorice su uso, incluyendo aquellas oficinas que introduzcan disquetes facilitados por los ciudadanos o usuarios, deberán maximizar las medidas de precaución:

- Utilizar sólo medios extraíbles proporcionados por la empresa.
- No utilizarlos ni introducirlos en equipos que no sean de la empresa. Si se utilizan en otros equipos (casa, etc.) no podrán volver a conectarse en equipos de la empresa sin haber sido verificado su estado. Para ello se deberá contactar con el Responsable, que indicará la manera de proceder.
- Aplicaciones de control de acceso de llaves USB.
- No se puede sacar fuera de las instalaciones ningún documento o información en ningún formato electrónico (email, CD, DVD, etc.) sin la autorización de la empresa.
- Si lo trae un ciudadano, proveedor, visita etc., no pueden conectarse en la red de Gerontovalle sin haber sido verificado su estado. Para ello se deberá contactar con el departamento correspondiente que indicará la manera de proceder.

11.- INSTALACIÓN DE SOFTWARE, HARDWARE, CERTIFICADOS PERSONALES:

- Se recomienda evitar la instalación de software, hardware o certificados personales que no hayan sido autorizados por la dirección.
- Los datos y ficheros relacionados con la actividad entidad siempre se alojaran en el servidor de ficheros. En dicho servidor es el único lugar donde se realizan copias de seguridad.

12.- CONTRASEÑAS:

- ***Contraseñas de los usuarios:*** Las contraseñas de cada usuario deben ser personales e intransferibles, y nadie debe tener conocimiento de la contraseña de su compañero de trabajo. El usuario no podrá anotar su contraseña en un sitio accesible para el resto de compañeros. De hecho, el conocimiento de la contraseña de un usuario por otra persona se considerará incidencia, procediéndose a su registro tal y como se establece en el Documento de Seguridad. Asimismo, cada trabajador deberá acceder únicamente en su puesto de trabajo, bajo su nombre de usuario y contraseña.

En caso de necesitar trabajar desde un equipo ajeno, por alguna circunstancia, deberá notificar esta incidencia al departamento concreto y Administrador de los Ficheros para que se proceda a la asignación temporal de una contraseña. En los casos en los que un compañero necesite consultar el correo electrónico de otro compañero se consultará vía web, no siendo necesario el acceso a dicho puesto.

- ***Primer acceso al sistema:*** Se recomienda por parte del Usuario, en su primer acceso al sistema o a una aplicación, el cambio de la contraseña asignada al ser dado de alta o en el procedimiento de asignación por olvido de la contraseña, en cuyo caso deberá ponerse en contacto con el Administrador del Sistema quien le advertirá de esta circunstancia.

- ***Vigencia de las Contraseñas:*** Es conveniente que la vigencia de las contraseñas para la identificación en el acceso a los sistemas, será la establecida por el departamento correspondiente en su caso, debiendo el Usuario modificar tales contraseñas en dicho término, salvo que por especiales razones de seguridad crea conveniente hacerlo antes del transcurso del periodo preestablecido o porque sospeche que su/s contraseña/s ha/n sido conocida/s por un tercero no autorizado.

- ***Configuración de Contraseñas:*** El Usuario podrá elegir la contraseña que desee, que contendrá como mínimo seis caracteres, debiendo consistir en un conjunto de caracteres alfabéticos y alfanuméricos, combinando caracteres en mayúscula y minúscula y/o utilizando signos de puntuación, en cuanto se posibilite por el sistema y/o aplicación.

La contraseña no será fácilmente deducible. Para ello, se recomienda no seleccionar como contraseña palabras en cualquier idioma o códigos de valores asociables al usuario (nombres de personas, matrículas, teléfonos, fechas, etc.), permutaciones sencillas o secuencias de teclado, ni utilizar en los cambios de contraseñas secuencias lógicas fácilmente deducibles.

- **Conservación de las Contraseñas:** Si el Usuario conserva escritas las contraseñas, deberá mantenerse en lugares no accesibles a terceros, evitando su colocación en lugares visibles y cercanos al puesto de trabajo (como el caso de anotaciones en el ordenador, en la mesa de trabajo, etc.).

- **Confidencialidad de las Contraseñas:** Para posibilitar la confidencialidad de las contraseñas se requerirá la colaboración de los Usuarios. En este sentido, se encuentra expresamente prohibida la divulgación o comunicación por los Usuarios de su clave de acceso a otras personas, integrantes de la plantilla o ajenas a la empresa. Por tanto, cada Usuario es responsable de la confidencialidad de su contraseña y de todas las actividades realizadas sobre el sistema de la empresa con su identificativo de usuario.

13.- PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la LOPD, la empresa me ha informado de que mis datos de carácter personal forman parte de un fichero propiedad de Gerontovalle, S.L. (domiciliada en Cenicero, C/Gregoria Artacho 3), para fines de gestión y administración de personal derivadas de la relación contractual establecida. Asimismo la empresa me ha informado que mis datos personales podrán ser cedidos a Organismos Oficiales en cumplimiento de la legislación vigente, así como a determinadas entidades cuando así lo requiera la gestión del servicio ofrecido por la mercantil. Pudiendo ejercer en todo momento mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección indicada por la empresa.

También se me ha comunicado que según dispone el artículo décimo de la misma Ley: “El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aún después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero o, en su caso, con el responsable del mismo”.

Por consiguiente, me comprometo a guardar secreto sobre los datos personales y confidenciales a los que pudiera tener acceso por razones de mi responsabilidad laboral, contractual o de cualquier otro tipo y a no vulnerar la normativa establecida al respecto.

14.- PROCEDIMIENTO RECOGIDA DE DATOS

Cada departamento recoge en el desarrollo de su actividad departamental, datos de carácter personal tales como nombres, apellidos, DNI., etc. Cada nueva actividad que se proyecta, puede significar un tratamiento de datos de carácter personal. Por ello, una de las medidas más importantes que se van a realizar, es la inclusión de cláusulas en ciertos documentos (solicitudes, instancias, formularios, etc.) de la empresa, que informan a los interesados del origen de sus datos, finalidad del tratamiento por parte de la entidad, así como las posibles cesiones a terceros (empresas colaboradoras, etc.).

Cláusula Información General: *En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos de carácter personal, que nos ha facilitado en este formulario, así como los que se recaben en el marco de la relación mantenida con Gerontovalle, quedarán recogidos en un fichero propiedad de la misma domiciliada en Cenicero, C/Gregoria Artacho 3. La recogida y tratamiento automatizado de estos datos tiene como finalidad la gestión y tramitación de la solicitud planteada a la entidad. Puede ejercitar sus derechos en la dirección indicada.*

En cada cláusula se informará del tratamiento específico de los datos; si hubiese cualquier duda (nuevos documentos de recogida de datos, tratamiento de datos distinto al establecido, etc.), el usuario, deberá ponerse en contacto con el departamento correspondiente, para explicar el tratamiento y redactar una cláusula específica.

15.- ENVÍO DE CORREOS ELECTRÓNICOS A VARIOS DESTINATARIOS.- MAILINGS

El envío de correos electrónicos a varios destinatarios, es práctica habitual dentro de la actividad diaria de los distintos departamentos de la empresa. Dichos envíos nunca deben realizarse desde la utilidad de nuestro correo electrónico “Para”. Deberemos hacerlo desde “CCO”. Cuando el envío a varios destinatarios se realiza desde “Para”, el destinatario recibe el mail y puede ver la dirección de origen y las direcciones de todos los destinatarios.

La utilidad “CCO” (Con Copia Oculta) permite visualizar la dirección de origen y sólo la del destinatario que ha recibido el mail, ocultando las direcciones del resto de los destinatarios, como si ese envío se hubiese realizado únicamente a esa dirección de correo. Esta es una forma “manual” de realizar los mailing sin atentar contra la LOPD, aunque si esta práctica es constante y habitual dentro de la empresa, es recomendable utilizar aplicaciones específicas para la realización de mailing.

16.- GESTIÓN DE INCIDENCIAS:

- **Incidencia:** Cualquier indicio o sospecha de la existencia de algún riesgo que afecte a la seguridad (el antivirus ha dado una alarma, etc.) así como

cualquier propuesta que la mejore, debe ser inmediatamente comunicada al departamento correspondiente. Es importante la rapidez y claridad para poder entender la causa del incidente, acotarlo y actuar con celeridad con el fin de minimizar el mismo.

- Los Usuarios deberán tener en cuenta, entre otras, las siguientes incidencias:

1.1 La caída del sistema de la seguridad informática, por cualquier causa, que posibilite el acceso a los datos personales por personas no autorizadas.

1.2 El conocimiento de pérdida o robo de datos en un soporte informático.

1.3 La destrucción total o parcial del soporte físico en el que se encuentren datos personales.

1.4 El cambio de ubicación física de ficheros de datos personales.

1.5 Los intentos de acceso no autorizados o fallidos a ficheros con datos de carácter personal.

1.6 Conocimiento por terceros del identificador de usuario o clave de acceso al sistema.

1.7 Modificación de datos por personal no autorizado o desconocido.

1.8 Pérdida de información.

1.9 Existencia de sistemas de información sin las debidas medidas de seguridad.

En Logroño, a __ de _____ de 20__

Yo, D / Dña. _____, empleado/a de Gerontovalle, S.L.U, con D.N.I. _____, declaro expresa y formalmente conocer y aceptar todas y cada una de las obligaciones que se recogen en este manual.

	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO	P 1-4
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO

Logroño, a ____ de ____ de 20__

REUNIDOS

De una parte, Gerontovalle, S.L.U, con CIF B-26511105 y domicilio social en Cenicero, C/Gregorio Artacho 3 (en adelante, el RESPONSABLE DEL FICHERO).

Y de otra parte, D./Dña. _____, mayor de edad, con DNI _____actuando en su propio nombre y representación (en adelante, el PROFESIONAL).

EXPONEN

1. Que ambas partes se reconocen capacidad legal necesaria para suscribir el presente Contrato.

2. Que debido al desempeño de las funciones que realiza el PROFESIONAL en favor del RESPONSABLE DEL FICHERO, el PROFESIONAL tendrá acceso a sistemas y soportes en los que se contiene información relativa a datos de carácter personal.

3. Que de conformidad con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, el PROFESIONAL es consciente de su obligación al secreto profesional respecto a los datos de carácter personal que trate y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con el RESPONSABLE DEL FICHERO.

4. Que ambos suscriben el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO, el cual aceptan expresamente y de acuerdo a las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA. El PROFESIONAL se compromete a cumplir con las políticas, normas y procedimientos determinados por el RESPONSABLE DEL FICHERO, así como todas las medidas de seguridad que establece para garantizar la confidencialidad y secreto de toda la información que sea considerada "confidencial".

A estos efectos, será considerada información confidencial:

- a) Cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable, es decir, datos de carácter personal.
- b) Cualquier información interna de la organización, como por ejemplo, desarrollos, ideas, invenciones, dibujos, diseños, procedimientos, fórmulas, datos, programas, descubrimientos, secretos comerciales, listas de precios, información financiera, plantillas, presupuestos, nombres de usuarios y/o proveedores, estadísticas, objetivos, etc.

SEGUNDA. El PROFESIONAL se compromete al más estricto secreto profesional respecto a toda información confidencial a la que tenga acceso con motivo del desempeño de sus funciones, comprometiéndose a no divulgarla, publicarla, cederla, venderla, ni de otra forma, directa o indirecta, ponerla a disposición de Terceros, ni siquiera de otros miembros del RESPONSABLE DEL FICHERO que no estén autorizados a acceder a dicha información.

TERCERA. El PROFESIONAL se obliga a acceder a la información confidencial que sea estrictamente necesaria para el desempeño de sus funciones y que previamente haya autorizado el RESPONSABLE DEL FICHERO, así como a utilizar los datos exclusivamente para los fines y funciones que fueron recabados, no utilizándolos para ninguna otra finalidad.

CUARTA. El PROFESIONAL se compromete a comunicar todas aquellas incidencias que se produzcan en la organización y que afecten o puedan afectar a la seguridad de los datos de carácter personal objeto del tratamiento.

QUINTA. El PROFESIONAL será responsable de cualquier daño que pudiera derivarse del incumplimiento de los compromisos anteriores, así como de resarcir las indemnizaciones, sanciones y daños o perjuicios que se pudieran ocasionar, tanto a Terceros como al RESPONSABLE DEL FICHERO, como consecuencia de dicho incumplimiento.

SEXTA. Que el cumplimiento de las obligaciones contenidas en este Compromiso subsistirán aún después de finalizar la relación laboral o profesional entre el PROFESIONAL y el RESPONSABLE DEL FICHERO.

SÉPTIMA. El RESPONSABLE DEL FICHERO comunica al PROFESIONAL que sus datos personales formarán parte de un fichero del que es titular Gerontovalle, S.L.U, con la finalidad de gestionar la relación laboral o profesional que les une. El PROFESIONAL declara estar informado de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Para que conste, y en prueba de conformidad de ambas partes, firman el presente Compromiso, por duplicado, en el lugar y fecha indicados en el encabezado.

Fdo.- _____

EL RESPONSABLE

Fdo.- _____

EL PROFESIONAL

	CLÁUSULAS PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS. INFORMACIÓN TRANSMITIDA A TERCEROS.	P 1-5
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

A continuación, para una correcta protección de datos, ponemos a disposición del personal, las **cláusulas** que deben figurar en los distintos documentos que usemos en base a la actividad a desarrollar:

1. Clausula contrato:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que figuran en el presente contrato formarán parte de un fichero propiedad de Gerontovalle, S.L.U, domiciliada en Cenicero, C/ Gregorio Artacho 3, cuya finalidad es la gestión y administración de la relación contractual establecida, así como el envío de información comercial. Mediante la firma del presente contrato Usted autoriza y consiente de forma expresa la cesión de sus datos personales, única y exclusivamente cuando sea necesario para la prestación del servicio ofertado por la residencia. Puede ejercitar sus derechos en la dirección arriba indicada.

2. Clausula ficha usuario:

Información y consentimiento para recabar y ceder datos

Le informamos que los datos que figuran en el presente documento, así como los que se recaben relativos a su persona, incluidos datos de salud, sean tratados por Gerontovalle, S.L.U., domiciliada en Cenicero, C/ Gregoria Artacho 3, pasando los mismos a formar parte de un fichero automatizado que se utilizará para la gestión del historial clínico del usuario y la gestión interna de la residencia, así como el envío de información sobre servicios ofrecidos por la residencia, a través de correo postal, electrónico, fax o cualquier otro medio.

Del mismo modo, le informamos que mediante la firma del presente documento Vd. consiente de forma expresa, la cesión de sus datos personales, a las entidades pertinentes y/o empresas externas, única y exclusivamente cuando sea necesario para la gestión del servicio ofrecido.

Asimismo le informamos que a través de la firma del presente documento

FIRMA DE PACIENTE O TUTOR LEGAL (en caso de persona incapacitada judicialmente)

3. Clausula facturas:

Le informamos que los datos que figuran en la presenta factura, así como los que se recaben relativos a su persona, pasarán a formar parte de un fichero propiedad de Gerontovalle, S.L.U domiciliada en Cenicero, C/ Gregorio Artacho 3, que tiene como finalidad la gestión y administración de la relación establecida. Asimismo le informamos que puede ejercitar sus derechos en la dirección indicada.

4. Aviso Email:

ADVERTENCIA LEGAL.- Este correo electrónico contiene información de carácter confidencial exclusivamente dirigida a su destinatario. Queda prohibida su divulgación, copia o distribución a terceros. En el caso de haberlo recibido por error, se ruega notifique esta circunstancia de inmediato al emisor del mensaje, procediendo a la destrucción del mismo.

5. Aviso Fax:

ADVERTENCIA LEGAL.- La presente comunicación contiene información de carácter confidencial exclusivamente dirigida a su destinatario. Queda prohibida su divulgación, copia o distribución a terceros. En el caso de haberlo recibido por error, se ruega notifique esta circunstancia de inmediato al emisor del mensaje, procediendo a la destrucción del mismo.

6. Autorización uso imágenes:

En Cenicero, a ____ de _____ de _____

*Don/Doña _____, con DNI: _____,
con capacidad legal suficiente:*

Autoriza y consiente a la toma de imágenes con el fin de promocionar las actividades desarrolladas por Gerontovalle, S.L.U, por lo que podrán ser difundidas a través de las publicaciones desarrolladas por la misma, incluida la Página Web.

Lo que firmo a todos los efectos, en el lugar y fecha arriba indicado.

Fdo.: _____

7. Autorización de uso de imágenes con representante legal:

En Cenicero, a ____ de _____ de _____

*Don/Doña _____, con DNI: _____
como representante legal de D./Dña. _____
con DNI.: _____,*

Autoriza y consiente la toma de imágenes del usuario con el fin de promocionar las actividades desarrolladas por Gerontovalle, S.L.U, por lo que podrán ser difundidas a través de las publicaciones desarrolladas por la misma, incluida la página web.

Lo que firmo a todos los efectos, en el lugar y fecha arriba indicado.

Firma del Tutor o representante legal

8. Otros:

Autorización estudio genérico:

Como consecuencia de la realización de investigaciones y estudios, Gerontovalle, S.L.U, empresa que gestiona la Residencia de Nuestra Señora del Valle en Cenicero, le informa que la empresa _____ van a realizar un estudio sobre _____ en nuestras instalaciones, y su familiar ha sido elegido para formar parte del mismo.

Por ello, en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, el firmante queda informado y consiente en que los datos que nos facilite durante la investigación, sean tratados por Gerontovalle, S.L.U pasando los mismos a formar parte de un fichero automatizado que solo se utilizará para la gestión de la investigación y el estudio en curso.

Los datos facilitados serán tratados con estricta confidencialidad, siendo adecuados, pertinentes y no excesivos en el ámbito y finalidad descritos, pudiendo ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en la siguiente dirección: Cenicero, C/ Gregorio Artacho 3.

Del mismo modo, le informamos que mediante la aceptación del presente documento el firmante consiente de forma expresa, que los datos personales de su familiar sean cedidos, única y exclusivamente en aquellos casos en que sea necesario para realizar el estudio de forma efectiva y correcta.

Firma.- _____

Autorización estudio nombre:

Como consecuencia de la realización de investigaciones y estudios, Gerontovalle, S.L.U, empresa que gestiona la Residencia de Nuestra Señora del Valle en Cenicero, le informa que D/Dña: _____, va a formar parte del estudio _____ que realiza conjuntamente la empresa _____ en nuestras instalaciones.

Por ello, en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, el firmante queda informado y consiente en que los datos que nos facilite durante la investigación, sean tratados por Gerontovalle, S.L.U pasando los mismos a formar parte de un fichero automatizado que solo se utilizará para la gestión de la investigación y el estudio en curso.

Los datos facilitados serán tratados con estricta confidencialidad, siendo adecuados, pertinentes y no excesivos en el ámbito y finalidad descritos, pudiendo ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en la siguiente dirección: Cenicero, C/ Gregorio Artacho 3.

Del mismo modo, le informamos que mediante la aceptación del presente documento el firmante consiente de forma expresa, que los datos personales de su familiar sean cedidos, única y exclusivamente en aquellos casos en que sea necesario para realizar el estudio de forma efectiva y correcta.

Firma.- _____

	DOCUMENTO DE SEGURIDAD REGISTRO DE ENTRADAS Y SALIDAS DE SOPORTES Y DOCUMENTACION	P 1-6 REV. 0	
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Código: E/S	Fecha:

1. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DEL LOCAL			
<u>Identificación</u>		<input type="checkbox"/> <u>Entrada</u>	<input type="checkbox"/> <u>Salida</u>
<u>Tipo de soporte</u>		<u>Nº de soportes</u>	<u>Etiquetado</u>
<input type="checkbox"/> Disquete <input type="checkbox"/> Cinta <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> Otro:			
<u>Fichero al que pertenecen los datos</u>			
<u>Código</u>		<u>Nombre</u>	
<u>Descripción del contenido</u>			

2. DATOS DE LA ENTRADA O SALIDA			
<u>Ent</u>	<u>Sal</u>		
		Origen/Remitente	
		Destinatario	
		Finalidad	
		Forma de envío	
		Persona responsable de envío / recepción	
		Medidas para evitar recuperación indebida (nivel medio / alto)	
		Mecanismo de cifrado (nivel alto)	
		Autorización de salida	<input type="checkbox"/> Incluida de forma genérica en perfil de la persona responsable <input type="checkbox"/> Autorizada por :
			Firma
		Devol./destrucción del soporte recibido	<input type="checkbox"/> Devuelto <input type="checkbox"/> Destruído
			Fecha Hora

3. OBSERVACIONES

4. INSTRUCCIONES

Por cada entrada o salida de soportes debe cumplimentarse un ejemplar de este anexo, de acuerdo con lo indicado en el Documento de Seguridad. Según el movimiento sea una entrada o una salida, deben rellenarse todos los datos que aparecen sombreados en la columna "Ent" o "Sal" respectivamente. Una vez cumplimentado, el anexo será entregado al Responsable de Seguridad para su archivo.

Todas las salidas de soportes deben estar autorizadas por el Responsable del Fichero. Esta autorización queda reflejada en el presente anexo mediante la firma del representante de la empresa. En los casos previstos en el Documento de Seguridad (presentación de declaraciones ante la Agencia Tributaria u otros organismos oficiales, etc.) esta autorización está concedida de forma genérica a las personas autorizadas para ello en su perfil de usuario.

	DOCUMENTO DE SEGURIDAD REGISTRO DE ENTRADAS Y SALIDAS DEL ORDENADOR PORTÁTIL	P 1-7 REV. 0	
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Año:	
		Página:	

1	Nombre de la persona		Lugar o usuario de destino	
<u>Datos de salida</u>		<u>Fichero al que pertenecen</u>		<u>Registro de salida</u>
		Código	Nombre	Fecha
				Hora
<u>Datos de entrada</u>		<u>Fichero al que pertenecen</u>		<u>Registro de regreso</u>
		Código	Nombre	Fecha
				Hora
<u>Observaciones</u>				

2	Nombre de la persona		Lugar o usuario de destino	
<u>Datos de salida</u>		<u>Fichero al que pertenecen</u>		<u>Registro de salida</u>
		Código	Nombre	Fecha
				Hora
<u>Datos de entrada</u>		<u>Fichero al que pertenecen</u>		<u>Registro de regreso</u>
		Código	Nombre	Fecha
				Hora
<u>Observaciones</u>				

3	Nombre de la persona		Lugar o usuario de destino	
<u>Datos de salida</u>		<u>Fichero al que pertenecen</u>		<u>Registro de salida</u>
		Código	Nombre	Fecha
				Hora
<u>Datos de entrada</u>		<u>Fichero al que pertenecen</u>		<u>Registro de regreso</u>
		Código	Nombre	Fecha
				Hora
<u>Observaciones</u>				

4	Nombre de la persona		Lugar o usuario de destino	
<u>Datos de salida</u>		<u>Fichero al que pertenecen</u>		<u>Registro de salida</u>
		Código	Nombre	Fecha
				Hora
<u>Datos de entrada</u>		<u>Fichero al que pertenecen</u>		<u>Registro de regreso</u>
		Código	Nombre	Fecha
				Hora
<u>Observaciones</u>				

	DOCUMENTO DE SEGURIDAD NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIA	P 1-8 REV 0	
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Año:	
		Número:	

1. NOTIFICACIÓN		
<u>Persona que realiza la notificación</u>	<u>Fecha de notificación</u>	<u>Firma</u>
<u>Persona destinataria de la notificación</u>	<u>Firma</u>	

2. INCIDENCIA	
<u>Fecha de la incidencia</u>	<u>Hora</u>
<u>Tipo de incidencia</u>	
<input type="checkbox"/> Conocimiento de contraseña de usuario por persona ajena o duda sobre confidencialidad de contraseña <input type="checkbox"/> Bloqueo de usuario por intentos reiterados de acceso no autorizado <input type="checkbox"/> Asignación de contraseña temporal por olvido <input type="checkbox"/> Conexión de telemantenimiento <input type="checkbox"/> Acceso no autorizado a los datos <input type="checkbox"/> Acceso personal de mantenimiento a local de servidor <input type="checkbox"/> Acceso no autorizado al local del servidor	<input type="checkbox"/> Errores en realización de copia de respaldo <input type="checkbox"/> Pérdida de datos <input type="checkbox"/> Corrupción de datos <input type="checkbox"/> Ejecución de procedimiento de recuperación de datos <input type="checkbox"/> Avería del servidor <input type="checkbox"/> Avería de un puesto de trabajo <input type="checkbox"/> Avería de otro componente (periférico, dispositivo de conexión de red, cableado, etc.) <input type="checkbox"/> Otras incidencias
<u>Descripción detallada de la incidencia</u>	
<u>Efectos que ha producido o puede producir la incidencia</u>	<u>Gravedad</u>
	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Baja
<u>En caso de ejecución del procedimiento de recuperación de datos</u>	
Nombre de la persona que ejecutó la recuperación	Autorización del responsable del fichero
Datos restaurados	Nombre del firmante
Datos grabados manualmente	Fecha
Firma	

3. INSTRUCCIONES		
<p>La persona que detecte cualquier incidencia que pueda afectar a la seguridad de los datos de carácter personal contenidos en los ficheros de la empresa debe cumplimentar un ejemplar del presente formulario de notificación, con el máximo grado de detalle y de acuerdo con lo establecido en el Documento de Seguridad, procedimiento nº 9: A continuación debe firmarlo y entregarlo al Responsable de Seguridad Las casillas con fondo gris serán cumplimentadas por el Responsable de Seguridad.</p>		
4. RESOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA		
<u>Persona encargada de la resolución</u>		
<u>Acciones realizadas y resultado obtenido</u>		
<u>Acciones para evitar que la incidencia se repita en el futuro</u>		
5. CIERRE Y REVISIÓN		
<u>Fecha de cierre</u>		Firma responsable seguridad
<u>Observaciones</u>		
<u>Fecha revisión trimestral</u>		Firma responsable fichero
<u>Observaciones</u>		

	INVENTARIO DE SOPORTES Y DOCUMENTACIÓN	P 1-10 REV 0
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Fecha:

1. DESCRIPCIÓN DEL SOPORTE.			
<i>Cumplimentar por cada soporte que contenga datos de carácter personal.</i>			
<u>Descripción</u>			
Documentación contable y fiscal. Ofertas, presupuestos y contratos con usuarios, proveedores y acreedores.			
<u>Código de identificación:</u>		<u>Etiquetado:</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Tipo de soporte</u>			
<input type="checkbox"/> Almacenamiento USB	<input type="checkbox"/> Tarjetas almacenamiento	<input checked="" type="checkbox"/> Disco Externo	<input checked="" type="checkbox"/> Soporte papel
<input checked="" type="checkbox"/> Terminal con correo	<input type="checkbox"/> Cd/Dvd	<input type="checkbox"/> Disco 3 y 1/2	<input type="checkbox"/> Cinta
<input type="checkbox"/> Otros (Indicar):	PC Dirección		
<u>Persona responsable:</u>	Sara de la Peña		
<u>Medidas de seguridad:</u>			
<u>Mecanismos de cifrado:</u>			
<u>Lugar de almacenamiento:</u>	Despacho Dirección en el centro residencial y Oficina central de Logroño		
<u>Nivel de seguridad:</u>	<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Medio <input checked="" type="checkbox"/> Alto		

1. DESCRIPCIÓN DEL SOPORTE.			
<i>Cumplimentar por cada soporte que contenga datos de carácter personal.</i>			
<u>Descripción</u>			
Documentación derivada de la gestión de Recursos Humanos.			
<u>Código de identificación:</u>		<u>Etiquetado:</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Tipo de soporte</u>			
<input type="checkbox"/> Almacenamiento USB	<input type="checkbox"/> Tarjetas almacenamiento	<input type="checkbox"/> Disco Externo	<input checked="" type="checkbox"/> Soporte papel
<input checked="" type="checkbox"/> Terminal con correo	<input type="checkbox"/> Cd/Dvd	<input type="checkbox"/> Disco 3 y 1/2	<input type="checkbox"/> Cinta
<input type="checkbox"/> Otros (Indicar):	PC Dirección		
<u>Persona responsable:</u>	Sara de la Peña		
<u>Medidas de seguridad:</u>			
<u>Mecanismos de cifrado:</u>			
<u>Lugar de almacenamiento:</u>	Despacho Dirección en el centro residencial y Oficina central de Logroño		
<u>Nivel de seguridad:</u>	<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Medio <input checked="" type="checkbox"/> Alto		

1. DESCRIPCIÓN DEL SOPORTE.			
<i>Cumplimentar por cada soporte que contenga datos de carácter personal.</i>			
Descripción			
Currículums de candidatos a un puesto de trabajo.			
<u>Código de identificación:</u>		<u>Etiquetado:</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Tipo de soporte</u>			
<input type="checkbox"/> Almacenamiento USB	<input type="checkbox"/> Tarjetas almacenamiento	<input type="checkbox"/> Disco Externo	<input checked="" type="checkbox"/> Soporte papel
<input checked="" type="checkbox"/> Terminal con correo	<input type="checkbox"/> Cd/Dvd	<input type="checkbox"/> Disco 3 y 1/2	<input type="checkbox"/> Cinta
<input type="checkbox"/> Otros (Indicar):	PC Dirección		
<u>Persona responsable:</u>	Sara de la Peña		
<u>Medidas de seguridad:</u>			
<u>Mecanismos de cifrado:</u>			
<u>Lugar de almacenamiento:</u>	Despacho Dirección		
<u>Nivel de seguridad:</u>	<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto		

1. DESCRIPCIÓN DEL SOPORTE.			
<i>Cumplimentar por cada soporte que contenga datos de carácter personal.</i>			
Descripción			
Copias de seguridad			
<u>Código de identificación:</u>		<u>Etiquetado:</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Tipo de soporte</u>			
<input type="checkbox"/> Almacenamiento USB	<input type="checkbox"/> Tarjetas almacenamiento	<input checked="" type="checkbox"/> Disco Externo	<input type="checkbox"/> Soporte papel
<input type="checkbox"/> Terminal con correo	<input type="checkbox"/> Cd/Dvd	<input type="checkbox"/> Disco 3 y 1/2	<input type="checkbox"/> Cinta
<input type="checkbox"/> Otros (Indicar):			
<u>Persona responsable:</u>	Sara de la Peña		
<u>Medidas de seguridad:</u>	Copia una vez a la semana		
<u>Mecanismos de cifrado:</u>			
<u>Lugar de almacenamiento:</u>	Fuera de las instalaciones.		
<u>Nivel de seguridad:</u>	<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Medio <input checked="" type="checkbox"/> Alto		

1. DESCRIPCIÓN DEL SOPORTE.			
<i>Cumplimentar por cada soporte que contenga datos de carácter personal.</i>			
<u>Descripción</u>			
Datos de salud.			
<u>Código de identificación:</u>		<u>Etiquetado:</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
<u>Tipo de soporte</u>			
<input type="checkbox"/> Almacenamiento USB	<input type="checkbox"/> Tarjetas almacenamiento	<input type="checkbox"/> Disco Externo	<input checked="" type="checkbox"/> Soporte papel
<input checked="" type="checkbox"/> Terminal con correo	<input type="checkbox"/> Cd/Dvd	<input type="checkbox"/> Disco 3 y 1/2	<input type="checkbox"/> Cinta
<input type="checkbox"/> Otros (Indicar):			
<u>Persona responsable:</u>	Médico y Enfermeros del centro residencial		
<u>Medidas de seguridad:</u>			
<u>Mecanismos de cifrado:</u>			
<u>Lugar de almacenamiento:</u>	Despacho médico		
<u>Nivel de seguridad:</u>	<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Medio <input checked="" type="checkbox"/> Alto		

1. DESCRIPCIÓN DEL SOPORTE.			
<i>Cumplimentar por cada soporte que contenga datos de carácter personal.</i>			
<u>Descripción</u>			
<u>Código de identificación:</u>		<u>Etiquetado:</u>	<input type="checkbox"/>
<u>Tipo de soporte</u>			
<input type="checkbox"/> Almacenamiento USB	<input type="checkbox"/> Tarjetas almacenamiento	<input type="checkbox"/> Disco Externo	<input type="checkbox"/> Soporte papel
<input type="checkbox"/> Terminal con correo	<input type="checkbox"/> Cd/Dvd	<input type="checkbox"/> Disco 3 y 1/2	<input type="checkbox"/> Cinta
<input type="checkbox"/> Otros (Indicar):			
<u>Persona responsable:</u>			
<u>Medidas de seguridad:</u>			
<u>Mecanismos de cifrado:</u>			
<u>Lugar de almacenamiento:</u>			
<u>Nivel de seguridad:</u>	<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto		

	PROTOCOLO ANTE SOLICITUDES DE DATOS PERSONALES	PT 1-1
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

Solicitudes de datos personales de autoridades judiciales, policiales y administrativas

1. La información sobre datos de carácter personal obrantes en ficheros de las empresas del GRUPO que puede afectar a usuarios, usuarios, personal o terceros, será comunicada a autoridades judiciales, policiales y administrativas, con sujeción al procedimiento legalmente establecido y a las reglas que se exponen a continuación.

No se atenderán peticiones de información sobre datos de carácter personal no motivadas. La cesión de datos a autoridades judiciales, policiales y administrativas será supervisada por la persona Responsable del fichero o tratamiento y la persona Responsable de Seguridad LOPD.

2. En el momento en que se obtenga una solicitud de datos por parte de autoridades judiciales, policiales y administrativas, se contactará con el Responsable de la Instalación y el Responsable de Seguridad LOPD. **No se procederá a la remisión de ninguna información sin el previo visto bueno del Director del Centro y el Responsable de Seguridad LOPD.**

3. **Las solicitudes realizadas por autoridades judiciales**, se facilitarán en la medida en que sean solicitadas mediando la intervención del juez. Las informaciones solicitadas por órganos gubernativos directamente relacionados con actuaciones preparatorias o complementarias de procesos judiciales, serán facilitadas cuando conste claramente la intervención de órgano judicial concreto.

4. **En relación con las solicitudes realizadas por las autoridades policiales**, los ficheros policiales tienen una regulación especial contenida dentro del artículo 22 de la LOPD y en base a ella, la recogida y tratamiento para fines policiales de datos de carácter personal manejados por centros públicos de enseñanza, por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad sin consentimiento de las personas afectadas están limitados a aquellos supuestos y categorías de datos que resulten necesarios para la prevención de un peligro real para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales, debiendo ser almacenados en ficheros específicos establecidos al efecto, que deberán clasificarse por categorías en función de su grado de fiabilidad. Este artículo habilita a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para la obtención y tratamiento de los datos, lo que llevará aparejada la procedencia de la cesión instada, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que quede debidamente acreditado que la obtención de los datos resulta necesaria para la prevención de un peligro real y grave para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales;
- b) Que se trate de una petición concreta y específica, al no ser compatible con lo señalado el ejercicio de solicitudes masivas de datos;
- c) Que la petición se efectúe con la debida motivación, que acredite su relación con los supuestos que se han expuesto;
- d) Que los datos sean cancelados cuando dejen de ser necesarios para las averiguaciones que motivaron su almacenamiento, en cumplimiento del artículo 22.4 de la LOPD.

5. Se facilitarán los datos solicitados por autoridades administrativas cuando:

- a) La solicitud haya sido presentada por la Inspección Tributaria, la Agencia Estatal Tributaria, las Haciendas Forales de los Territorios Históricos o las Oficinas Recaudatorias de las Haciendas Locales, en virtud de lo establecido en los artículos 111 y 112 de la Ley General Tributaria, el artículo 37 del Reglamento General de Inspección de Tributos, y la correspondiente normativa foral, o normativa vigente en cada momento y siempre que la información solicitada tenga trascendencia tributaria;
- b) La solicitud sea presentada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o cualquiera de sus Agencias, en el ejercicio de las competencias que le son propias;
- c) La solicitud sea presentada por la autoridad laboral correspondiente en el uso de las competencias que le son propias;
- d) La solicitud de datos se presente basada en la Ley 12/1989, de 12 de mayo, sobre Función Pública Estadística
- e) Siempre que las cesiones sean obligatorias en virtud de una ley.

Anexo III: Documentación correspondiente al procedimiento de consentimiento informado

	CLÁUSULAS INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO	P 2-1
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

A continuación, para una correcta protección de datos, ponemos a disposición del personal, las **cláusulas** que deben figurar en los distintos documentos que usamos en base a la actividad a desarrollar:

1. Cláusulas en el contrato del usuario:

a) De información:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales que figuran en el presente contrato formarán parte de un fichero propiedad de Gerontovalle, S.L.U, domiciliada en Cenicero, C/ Gregorio Artacho 3, cuya finalidad es la gestión y administración de la relación contractual establecida, así como el envío de información comercial. Mediante la firma del presente contrato Usted autoriza y consiente de forma expresa la cesión de sus datos personales, única y exclusivamente cuando sea necesario para la prestación del servicio ofertado por la residencia. Puede ejercitar sus derechos en la dirección arriba indicada.

b) De consentimiento informado:

VIII. El equipo técnico así como la dirección de la Residencia “Virgen del Valle” me han informado de forma comprensible y en un lugar privado y adecuado, acerca de los aspectos fundamentales relacionados con el ingreso en el centro. Ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida. Por ello, otorgo libremente el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia, sabiendo que lo puedo retirar en cualquier momento.

XII El usuario y el acompañante responsable autorizan a la dirección del centro, para que, por vía oportuna y en caso de que el estado de salud del usuario así lo requiera, adopte las decisiones necesarias en orden a su tratamiento, incluso su traslado al HOSPITAL, en casos de URGENCIAS, asumiendo ambos, usuario y acompañante responsable, todos los gastos que pudieran derivarse de tal traslado y / o de la estancia en el Hospital aludido, en el caso hipotético de no cubrirlo los servicios sanitarios públicos.

XVII. Le informamos que los datos que figuran en el presente documento, así como los que se recaben relativos a su persona, incluidos datos de salud, sean tratados por Gerontovalle, S.L.U, domiciliada en Cenicero, C/ Gregoria Artacho 3, pasando los mismos a formar parte de un fichero automatizado confidencial que se utilizará para la

gestión del historial clínico del usuario y la gestión interna de la residencia, así como el envío de información sobre servicios ofrecidos por la residencia, a través de correo postal, electrónico, fax o cualquier otro medio. Asimismo, le informamos que la empresa ha instalado un sistema de video vigilancia para el control de la seguridad física de las instalaciones y control de presencia de los usuarios. Del mismo modo, le informamos que mediante la firma del presente documento Vd. consiente de forma expresa, la cesión de sus datos personales, a las entidades pertinentes y/o empresas externas, única y exclusivamente cuando sea necesario para la gestión del servicio ofrecido. Del mismo modo con la firma del presente documento autoriza y consiente a la toma de imágenes con el fin de promocionar las actividades desarrolladas por Gerontovalle, S.L.U., por lo que podrán ser difundidas a través de las publicaciones desarrolladas por la misma, incluida la Página Web.

2. Clausula ficha usuario:

Información y consentimiento para recabar y ceder datos:

Le informamos que los datos que figuran en el presente documento, así como los que se recaben relativos a su persona, incluidos datos de salud, sean tratados por Gerontovalle, S.L.U, domiciliada en Cenicero, C/ Gregoria Artacho 3, pasando los mismos a formar parte de un fichero automatizado que se utilizará para la gestión del historial clínico del usuario y la gestión interna de la residencia, así como el envío de información sobre servicios ofrecidos por la residencia, a través de correo postal, electrónico, fax o cualquier otro medio.

Del mismo modo, le informamos que mediante la firma del presente documento Vd. consiente de forma expresa, la cesión de sus datos personales, a las entidades pertinentes y/o empresas externas, única y exclusivamente cuando sea necesario para la gestión del servicio ofrecido.

FIRMA DE PACIENTE O TUTOR LEGAL (en caso de persona incapacitada judicialmente)

3. Otros:

Autorización estudio genérico:

Como consecuencia de la realización de investigaciones y estudios, Gerontovalle, S.L.U, empresa que gestiona la Residencia de Nuestra Señora del Valle en Cenicero, le informa que la empresa _____ van a realizar un estudio sobre _____ en nuestras instalaciones, y su familiar ha sido elegido para formar parte del mismo.

Por ello, en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, el firmante queda informado y consiente en que los datos que nos facilite durante la investigación, sean tratados por Gerontovalle, S.L.U pasando los mismos a formar parte de un fichero automatizado que solo se utilizará para la gestión de la investigación y el estudio en curso.

Los datos facilitados serán tratados con estricta confidencialidad, siendo adecuados, pertinentes y no excesivos en el ámbito y finalidad descritos, pudiendo ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en la siguiente dirección: Cenicero, C/ Gregorio Artacho 3.

Del mismo modo, le informamos que mediante la aceptación del presente documento el firmante consiente de forma expresa, que los datos personales de su familiar sean cedidos, única y exclusivamente en aquellos casos en que sea necesario para realizar el estudio de forma efectiva y correcta.

Firma.- _____

Autorización estudio nombre:


Como consecuencia de la realización de investigaciones y estudios, Gerontovalle, S.L.U., empresa que gestiona la Residencia de Nuestra Señora del Valle en Cenicero, le informa que D/Dña: _____, va a formar parte del estudio _____ que realiza conjuntamente la empresa _____ en nuestras instalaciones.

Por ello, en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, el firmante queda informado y consiente en que los datos que nos facilite durante la investigación, sean tratados por Gerontovalle, S.L.U pasando los mismos a formar parte de un fichero automatizado que solo se utilizará para la gestión de la investigación y el estudio en curso.

Los datos facilitados serán tratados con estricta confidencialidad, siendo adecuados, pertinentes y no excesivos en el ámbito y finalidad descritos, pudiendo ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en la siguiente dirección: Cenicero, C/ Gregorio Artacho 3.

Del mismo modo, le informamos que mediante la aceptación del presente documento el firmante consiente de forma expresa, que los datos personales de su familiar sean cedidos, única y exclusivamente en aquellos casos en que sea necesario para realizar el estudio de forma efectiva y correcta.

Firma.- _____

	GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLAVE: EL USO LIMITADO Y ADECUADO DE LAS CONTENCIONES FÍSICAS²⁵	P 2-2
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

Esta BP se dirige a evitar o minimizar la restricción de la movilidad y la libertad de las personas que viven en la Residencia y que se produce como consecuencia del uso de mecanismos de contención física. Tiene como objetivo regular el uso de las contenciones y asegurar que tales medidas son necesarias y adecuadas para la protección de la persona usuaria y no le causan un daño mayor del que se pretende evitar.

Esta BP busca incrementar la calidad de vida de la persona usuaria implementando actuaciones que favorezcan su protección y la de otras personas cuando los posibles perjuicios de no tomar esta medida sean graves y siempre que otras intervenciones no han sido eficaces.

Por sus implicaciones éticas y carácter de excepcionalidad, se señala la necesidad de asegurar aspectos como una suficiente justificación (garantizar que es inevitable), la adecuada información a todas las personas afectadas por la decisión, así como asegurarse de la correcta implementación de la medida para minimizar el impacto negativo que causa en la persona.

1. Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo en la Residencia de una buena práctica dirigida a minimizar el uso de contenciones físicas así como a que cuando estas medidas sean inevitables se realicen de un modo adecuado, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Asegurando la inevitabilidad e indicación de las medidas de contención física

El uso de medidas de contención física o mecánica debe ser minuciosamente analizado y estar justificado. No debemos olvidar que son medidas que restringen la movilidad y la libertad de las personas y, por tanto, le generan malestar. Por ello sólo se utilizarán como último recurso, una vez estén agotadas otras alternativas de intervención y siempre que esté en juego la seguridad o salud de las personas.

En no pocas ocasiones las contenciones físicas se utilizan para facilitar el trabajo de los profesionales o por limitaciones organizativas de las Residencias, lo cual no sólo se aleja absolutamente de su buen uso sino que se infringen derechos. Las medidas de contención física deben ser utilizadas exclusivamente para proteger a las personas y debemos garantizar que no causamos un mal mayor que el que queremos evitar.

²⁵ Elaborada a partir de la Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. (2009). Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies. (pp. 50-57).

Estas medidas deben estar orientadas a minimizar los efectos de conductas reiteradas de riesgo para las personas, entre las que cabe destacar:

- El deterioro grave de la postura corporal.
- Riesgo importante de accidentes en el centro (vuelcos de sillas, caídas de la cama, agitaciones en personas encamadas –que no puedan evitarse modificando abordaje terapéutico como eliminando sondas o vías, etc.–).
- Conductas autolesivas graves.
- Protección de otras personas (máxime a los más vulnerables) ante situaciones de riesgo causadas por usuarios que no puedan ser controladas con otras medidas.

A la hora de plantearnos aplicar medidas de contención física resulta adecuado llevar a cabo las siguientes actuaciones:

- Valoración de la situación y análisis de alternativas a la contención

El equipo debe analizar la situación que lleva a pensar en el uso de una contención mecánica, valorando el problema que conlleva su no aplicación y la gravedad de las consecuencias. Debe proponer, probar y demostrar la ineficacia de otras medidas alternativas. Sólo como último recurso, es decir cuando otras intervenciones han demostrado reiteradamente no ser eficaces y el riesgo para la integridad de persona sea alto, se debe proponer la utilización de contenciones físicas. Además se deberá:

- Respetar la autonomía y la libertad de las personas que asumen sus propios riesgos.
- En las personas sin autonomía ni competencia para tomar decisiones, consensuar siempre con la familia o tutor y el equipo profesional.
- Las decisiones con gran componente ético deben ser consensuadas en equipo y que no recaigan exclusivamente en el facultativo aunque así esté regulado.

- Información a las personas implicadas y a aquellas que se considere necesario:

- Información a la persona usuaria. Es preciso informar a la persona usuaria explicándole la medida: en qué consiste, por qué es necesaria, su temporalidad, en qué expresión de emociones o el desahogo. En algunas ocasiones cuando la persona comprueba la medida y la entiende es posible que colabore más, es posible pactar con ella y de este modo minimizar la medida a aplicar. Es preciso también su Consentimiento informado en caso de que ésta tenga competencia para ello. Por supuesto que en muchas ocasiones la persona no será capaz de comprender nuestras explicaciones, pero ello no nos puede hacer olvidar el principio básico de que la persona tiene derecho a esta información y explicación, y en estos casos deberemos actuar con la interlocución familiar.
- Información a la familia. Se debe ofrecer una información clara y precisa de la medida adaptada, así como de las razones (beneficios y posibles riesgos) por las que se utiliza. Es preciso escuchar y tener en cuenta la opinión de la familia al respecto. En el caso de que la persona no sea autónoma –lo que es muy frecuente– es necesario obtener el Consentimiento informado de la familia, que sólo puede ser tal si la familiar dispone y comprende la información referida a la medida.
- Información al resto del personal. Además del equipo que esté implicado en el establecimiento de la medida, y por tanto conocedor de sus pormenores, es posible que sea conveniente que otras personas del personal también sepan de esta medida. Los motivos para ello son varios. El primero que es que colaboren,

cada uno en la medida de sus posibilidades y responsabilidades, en las medidas compensatorias que minimicen el impacto negativo, por ejemplo interaccionando con la persona, pero han de saber cómo hacerlo. O, por ejemplo, si han de estar atentos para observar algún aspecto relevante. Estar informando y comprender mejor estas medidas hará a la organización más coherente y a sus miembros trabajadores más formados y sensibles a un tema tan delicado como éste.

b) Aplicando las medidas de contención de una forma adecuada

Si se opta finalmente por una propuesta de medidas de contención física hay que llevarla a cabo de un modo que se minimicen los efectos negativos que producen y con un procedimiento que garantice los derechos de las personas. Para ello se recomienda actuaciones como las siguientes:

- Elaboración de un protocolo de aplicación de medidas de contención física en la Residencia

Para evitar usos particulares o inapropiados de los distintos profesionales del centro, se debe disponer por escrito de un protocolo donde se indique el modo adecuado para llevar a cabo las medidas de contención física y que éste sea seguido por todo el equipo. En el mismo deberán contemplarse medidas como:

- La indicación de qué tipos de elementos utilizar (homologados) para aplicar contenciones físicas en la Residencia.
- Que cada contención que se aplique sea pautada y aplicada bajo prescripción médica.
- El requisito del Consentimiento informado para aplicar la contención, de la persona o, en su caso, de la familia.
- Una vigilancia frecuente, el sistema de seguimiento y los instrumentos de registro individual.
- Asignación de responsables del seguimiento de las medidas.
- Las medidas compensatorias y cuidados para reducir riesgos en la integridad física y mental:
 - Cambios posturales pautados para evitar que se desarrollen úlceras por presión.
 - Estimular, movilizar y si es posible hacer que camine la persona, cada cierto periodo de tiempo.
 - Dar friegas en la piel, especialmente en las zonas de apoyo.
 - Darle conversación, leer en voz alta, etc., cada poco tiempo.
 - Llevar a la persona al baño cuando lo precise. Si ésta es incontinente, revisar periódicamente la eliminación y realizar la higiene cuantas veces sea necesario para evitar lesiones en la piel y el mal olor.
 - Evitar las sujeciones en el momento de la comida y mientras realice otras actividades semejantes.
 - Facilitar alguna actividad de entretenimiento (manualidades, música, etc.).
 - Ubicarle en zonas tranquilas pero frecuentadas por más personas para evitar el aislamiento.
 - Recurrir a las intervenciones que sean necesarias para retirar, en su momento, la sujeción.

- Obtención del Consentimiento informado

Este deberá ser realizado y solicitado a la persona usuaria, y en caso de no ser ésta competente, a su familia.

El documento de Consentimiento informado para el uso de contención física deberá contener como mínimo información sobre los siguientes asuntos:

- Problema que se quiere tratar con la sujeción.
- Plazo previsto de uso de esa sujeción y fecha aproximada de suspensión de la misma.
- Tipo de sujeción, formas y tiempos de uso.
- Alternativas probadas y tipo de resultado.
- Efectos negativos del uso de la sujeción.

- **Registro individual de las medidas de contención**

Debe existir una hoja de registro de las medidas de contención en la que se recoja:

- El tipo de medidas de contención a aplicar.
- Las situaciones en las que se aplicarán.
- El tiempo inicial previstos de aplicación (evitando usos prolongados y mucho menos indefinidos).
- El calendario de revisiones.
- El seguimiento de las medidas
 - las medidas de los efectos en la persona (el grado de malestar o bienestar producido),
 - la forma de aplicación,
 - la necesidad de continuación y/o búsqueda de alternativas.
- Las medidas complementarias compensatorias para minimizar todo tipo de malestar (emocional, social, físico y cognitivo). Se trata de desarrollar medidas que preserven la dignidad e intimidad del usuario (ej: ocultar con la ropa el cinturón de contención).

2. Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a reducir el uso de contenciones físicas en el centro así como a saber cómo aplicarlas, se logra avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Porque realizamos un control exhaustivo de las medidas de contención mecánica, evitando su utilización excesiva e inadecuada y estableciendo tiempos concretos y buscando los tipos de contención más conveniente en cada situación.
- Porque buscamos siempre medidas alternativas y buscando acciones que compensen efectos secundarios.

Se mejora el bienestar emocional


- Ya que protegemos la dignidad de la persona, circunscribiendo el uso de la contención a situaciones extremas en las que no funcionan otro tipo de intervenciones.
- También evitamos sentimientos de malestar o culpa de los familiares y de los trabajadores. También las otras personas usuarias se sentirán más seguras y tranquilas si ven un adecuado manejo de estas situaciones.

Se potencia el bienestar físico

- Ya que se evitan riesgos graves como caídas, agresiones hacia otros usuarios, deterioro grave de la postura corporal etc.

Se protegen derechos

- Al controlar el uso y regular el modo de aplicar contenciones se vela por el derecho a vivir con calidad de vida y dignidad.
- Porque se aplica la medida en su menor intensidad, bajo un control riguroso y buscando siempre minimizar su impacto negativo en todas las facetas de la persona.

	LISTA DE COMPROBACIÓN PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LOS FORMULARIOS ESCRITOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO²⁶	P 2-3
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

EVALUADOR:

FECHA:

NOMBRE DEL FORMULARIO:

SERVICIO DE PROCEDENCIA:

COMISIÓN DE ÉTICA DE:

1. ENCABEZADO Y TÍTULO

Se incluye el nombre de la institución (centro residencial, hospital, centro de salud, consultorio, etc.) que se hace responsable de la información suministrada	SI NO NA
Se incluye el nombre del servicio que se hace responsable de la información suministrada	SI NO NA
Se especifica el nombre de la intervención o procedimiento a realizar	SI NO NA

2. CONTENIDO DE INFORMACIÓN (La información sobre el procedimiento o intervención contiene explicaciones referentes a los siguientes puntos)

En qué consiste el procedimiento o intervención a realizar	SI NO NA
La finalidad u objetivos	SI NO NA
Las consecuencias seguras que sean relevantes o de importancia.	SI NO NA
Los beneficios esperables	SI NO NA
Los riesgos, molestias o efectos secundarios	SI NO NA
Las contraindicaciones	SI NO NA
Las alternativas	SI NO NA

Se ofrece al usuario explícitamente la oportunidad de recibir más información si así lo desea.	SI NO NA
------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Se informa al usuario sobre la posibilidad de retirar su consentimiento con libertad en cualquier momento	SI NO NA
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

3. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Tamaño de letra del cuerpo del texto no menor de 12	SI NO NA
-----------------------------------------------------	----------

²⁶ Elaborado a partir del modelo de Simón Lorda, P. Profesor de la EASP. Granada. Junio de 2005. "Lista de comprobación para evaluar la calidad de los formularios escritos de consentimiento informado en la práctica clínica".

La información se organiza en epígrafes separados en forma de capítulos o apartados	SI NO NA
Los términos técnicos se sustituyen, siempre que sea posible, por explicaciones sencillas	SI NO NA
Se señala fecha de elaboración y revisión del documento	SI NO NA

4. CONSENTIMIENTO (Incluye los siguientes conceptos)

Identificación del usuario	SI NO NA
Identificación del profesional responsable	SI NO NA
Identificación del profesional que ha dado la información	SI NO NA
Declaración de conformidad del usuario con la información recibida, tanto en cantidad como en calidad	SI NO NA
Declaración del usuario de consentimiento libre y voluntario a la realización del procedimiento o intervención	SI NO NA
Fecha	SI NO NA
Firma del usuario, representante legal o familiar responsable	SI NO NA
Firma del profesional que obtiene el consentimiento	SI NO NA

Apartado de declaraciones, firmas y fecha cuando el usuario revoque el consentimiento anteriormente otorgado	SI NO NA
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Apartado de declaraciones y firmas en el caso de que el usuario sea considerado incapaz.	SI NO NA
• Identificación del representante (nombre).	SI NO NA
• Firma del representante	SI NO NA

	PROTOCOLO CONSENTIMIENTO INFORMADO²⁷	PT 2-1
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

1. LA INFORMACIÓN:

CÓMO DEBE SER LA INFORMACIÓN

La información que se facilite será comprensible, veraz y adecuada, de manera que ayude al usuario a tomar su decisión.

- Información *comprensible*. El lenguaje empleado para transmitir la información tiene que tener en cuenta el destinatario, lo que significa que deberá adaptarse a su nivel intelectual y cultural, evitando en lo posible la terminología técnica.
- Información *veraz*. Se excluye la mentira.
- Información *adecuada*. La adecuación se proyecta en la esfera subjetiva, objetiva, cuantitativa, cualitativa y temporal.
 - La información debe ser adecuada a las *circunstancias personales* del usuario (estado de ánimo, gravedad).
 - La información deberá ser adecuada a la *finalidad* de la misma.
 - La *cantidad* de información a suministrar vendrá dada por la finalidad citada y por lo que demande el usuario.
 - La información no será *nunca dirigida* a buscar una decisión determinada del usuario, debiendo evitar cualquier tipo de manipulación.

La información será *verbal*, como regla general, lo que favorece la posibilidad de adecuar el contenido de la información a las necesidades del usuario. La excepción es que se exija por escrito.

QUIÉN DEBE DAR LA INFORMACIÓN

El *profesional* que atienda al usuario deberá ser la persona encargada de informarle. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de la asistencia, sino a cumplir los deberes de información y documentación clínica y social.

2. EL CONSENTIMIENTO:

CÓMO DEBE SER EL CONSENTIMIENTO

La legislación actual define el consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un usuario, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada.

- Consentimiento *informado*. De lo anterior se deduce que, para que el consentimiento sea válido, el usuario debe estar debidamente informado para adquirir una clara representación del alcance del acto o actos sobre los que va a consentir.
- Consentimiento *libre y voluntario*. Otro elemento esencial del consentimiento es la ausencia de todo tipo de coacción física o psicológica y de manipulación.
- Consentimiento dado con *capacidad*. Es necesario que quien otorga el consentimiento no esté incapacitado legalmente por sentencia judicial o, en su caso, tenga capacidad de

²⁷ Elaborado a partir del documento de Ortiz, A. y Burdiles, P. (2010) “Consentimiento Informado” en Revista de Medicina Clínica; 21(4) (pp. 644-652).

hecho o competencia para decidir, entendida como la aptitud cognoscitiva para comprender la información y para elegir acerca de una situación concreta y en un determinado momento. El encargado de evaluar la capacidad de hecho del usuario es el profesional sanitario y el psicólogo del centro.

QUIÉN DEBE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO

El propio *usuario* es quien debe otorgar el consentimiento. Hay que partir de la *presunción de capacidad*, es decir, se considera al usuario capaz para decidir, mientras no se demuestre lo contrario.

Cuando el usuario carezca de la competencia necesaria para tomar la decisión, será otra persona o institución la encargada de hacerlo en su lugar, ejerciendo la representación o la sustitución. En ese supuesto, por lo tanto, corresponde dar el consentimiento *al representante* o, en su defecto, a las personas vinculadas al enfermo por razones familiares o de hecho.

CUÁNDO SE DEBE PRESTAR EL CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN

Los supuestos en los que la Ley prevé la prestación del consentimiento por representación o sustitución son:

- Usuarios incapacitados legalmente.
- Usuarios que, según criterio del profesional, por su estado físico o psíquico, no sean competentes para tomar una decisión en un determinado momento.

El consentimiento que se preste por sustitución obedecerá siempre al principio general de actuación a favor del usuario y del respeto a su dignidad.

En todos los supuestos se harán constar en la historia las circunstancias que concurren y en caso de que exista sentencia declarativa de incapacidad, se incorporará una copia de la misma.

QUIÉN DEBE RECABAR EL CONSENTIMIENTO

El *profesional* que vaya a llevar a cabo el procedimiento concreto, una vez que ha proporcionado la información al usuario o a quien deba sustituir su decisión, recabará su consentimiento, que será verbal por regla general, dejando constancia en la historia clínica y/o social, debiendo formalizarse por escrito en los supuestos que la ley lo exige. Cuando el profesional que indica el procedimiento y el profesional que lo va a realizar no son la misma persona, el primero únicamente tiene obligación de informar al usuario sobre las circunstancias de la indicación y sobre los aspectos básicos del procedimiento, siendo el profesional que lo va a realizar el responsable de asegurar que el usuario recibe la información necesaria y que presta su consentimiento. Además, nunca puede delegarse esa tarea en otros profesionales.

QUÉ SUCEDE SI EL USUARIO SE NIEGA A DAR EL CONSENTIMIENTO

El usuario podrá negarse, tras recibir la oportuna información, a dar el consentimiento, en cuyo caso *se respetará su voluntad* y no deberá llevarse a cabo la actuación sanitaria. En este sentido, la ley establece que todo usuario tiene derecho a negarse a la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, excepto en los casos de riesgo para la salud pública o de daño para terceras personas. Su negativa constará por escrito.

QUÉ SUCEDE SI EL REPRESENTANTE SE NIEGA A DAR EL CONSENTIMIENTO

Cuando son los representantes legales quienes se niegan a dar el consentimiento, deberá tenerse en cuenta que éstos deben ejercer su representación *a favor del usuario* y, por tanto, para salvaguardarle a éste. Deberán hacerse constar en la historia las circunstancias por las que no se da el consentimiento por si fuera preciso solicitar la pertinente autorización judicial.

Siempre que exista *urgencia y riesgo vital*, cuando los representantes no actúen en beneficio del incapaz, los profesionales deben asumir su defensa y llevar a cabo las actuaciones necesarias.

Es recomendable notificar la situación al *Ministerio Fiscal* para que asuma su representación y para obtener la correspondiente autorización judicial para el tratamiento.

CUÁNDO SE DEBE SOLICITAR EL CONSENTIMIENTO

El consentimiento del usuario tiene que prestarse antes de la actuación que se pretende llevar a cabo, una vez que se ha facilitado la información adecuada.

El consentimiento del usuario es *temporal y revocable*. Es importante que el usuario conozca tal posibilidad de revocación, sin necesidad de expresar la causa, debiendo constar dicha revocación por escrito.

3. LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

QUÉ SUCEDE SI NO ES POSIBLE RECABAR EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Cuando por alguna circunstancia que concurra en el usuario no sea posible recabar su consentimiento por escrito, en alguno de los supuestos previstos legalmente, se puede acreditar que el usuario lo ha otorgado recogiendo de forma oral ante al menos dos testigos independientes, los cuales declararán por escrito y bajo su responsabilidad.

CUÁL ES EL CONTENIDO MÍNIMO QUE DEBEN TENER LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Todo documento deberá constar de una parte de información, que será específica para cada intervención, y otra con datos identificativos, declaraciones y firmas. El contenido *mínimo* que la ley exige es el siguiente:

- **Datos identificativos:**

- Identificación del *centro, servicio o establecimiento*.
- Identificación del *profesional informante*.
- Identificación del *usuario* y, en su caso, del *representante* legal, familiar o persona vinculada de hecho que ejerce la representación.
- Identificación del *procedimiento*.

- **Datos de información social y/o clínica:**

- *Naturaleza y descripción* del procedimiento. En qué consiste y cómo se realiza.
- *Finalidad*. Objetivos propuestos y beneficios esperados.
- *Alternativas* existentes.
- *Consecuencias relevantes* o de importancia que deriven con seguridad de su realización y de su no realización.
- *Riesgos* relacionados con las *circunstancias personales o profesionales* del usuario.

— *Riesgos típicos, probables* en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

— *Contraindicaciones (en salud)*. Referencia a circunstancias que, pudiendo sobrevenir antes de realizar el procedimiento propuesto, sean motivo de su contraindicación, como pueda ser la toma de ciertos medicamentos o determinadas patologías.

• **Declaraciones y firmas:**

— Declaración de quien presta el consentimiento de que ha *comprendido* adecuadamente la información.

— Declaración de que se conoce que el consentimiento puede ser *revocado* en cualquier momento sin expresión de la causa de revocación.

— Declaración de haber recibido una *copia* del documento.

— *Consentimiento* prestado por el usuario o, en su caso, por su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho.

— *Lugar y fecha*.

— *Firmas* del profesional y de la persona que presta el consentimiento.

Teniendo en cuenta que los documentos únicamente pueden recoger aspectos relevantes y genéricos, explicados de forma breve y sencilla, puede ser conveniente incluir una cláusula genérica que haga referencia a la *posibilidad de solicitar más información*.

4. SITUACIÓN ESPECIAL EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

DEMENCIAS

La demencia produce un deterioro cognitivo que va ocasionando una pérdida de competencia gradual y progresiva que es irreversible, a diferencia de lo que ocurre con los procesos psiquiátricos en los que suele ser temporal.

En las primeras fases de la enfermedad, el usuario debe intervenir todo lo posible en la toma de decisiones y a medida que se vaya produciendo un déficit de capacidad, el consentimiento lo dará el representante o, en su defecto, las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

No obstante, ha de garantizarse que la aportación de información y la participación en la toma de decisiones sean las máximas posibles en función de sus facultades.

Cuando se diagnostica al usuario una enfermedad degenerativa y se informa sobre los trastornos que van a ir apareciendo, se le puede sugerir que formule anticipadamente su voluntad con objeto de que ésta se cumpla cuando llegue a la situación de no ser capaz de expresarla.

Otra posibilidad es que la familia promueva un proceso de incapacitación o, en su defecto, los propios profesionales que conozcan por su cargo hechos determinantes de incapacidad, tienen la obligación de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal para que inicie dicho proceso. Si recae sentencia que declare la incapacidad, en ésta se designará un representante legal.

	PROTOCOLO DE SUJECCIONES FÍSICAS²⁸	PT 2-2
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

NO SE PUEDE SUJETAR A NADIE SIN EL CONSENTIMIENTO DEL MÉDICO O PERSONAL RESPONSABLE.

DEBE PONERSE EN CONOCIMIENTO CADA CASO DE LOS FAMILIARES DEL USUARIO, QUIENES DEBEN AUTORIZAR TAL PROCEDIMIENTO.

1. DEFINICIÓN

Definimos el procedimiento de sujeciones físicas como aquel conjunto de acciones y actividades dirigidas a ofrecer cuidados de calidad utilizando de forma adecuada todas las medidas de sujeción física y/o mecánica necesarias para garantizar la integridad y seguridad del usuario y/o cuidadores (ya sean éstos, personal del centro ó familiares), que previsiblemente podrían producirse en estados de agitación psicomotriz no controlada y que no se ha podido solventar con otras medidas (farmacológicas, terapia, etc.).

2. FACTORES DE RIESGO

- Edad superior a 75 años
- Sexo femenino.
- Estados de agitación psicomotriz y desorientación previos.
- Malas condiciones económicas.
- Estados de confusión y/ó desorientación.
- Postoperatorio.
- Polifarmacia.
- Alcoholismo y/ó drogodependencias.
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades psicológicas.

3. OBJETIVOS

²⁸ Elaborado por la Responsable de Calidad del área sanitaria de la Residencia “Virgen del Valle”, a partir de los siguientes documentos: Carpenito L. J. (1995) Manual de diagnóstico de enfermería. Madrid: McGraw-Hill; Revista enfermería Global; Burgueño, A.A. (2012) “Informe Sujeciones Físicas en personas con Enfermedad de Alzheimer”.

- Proteger al usuario, cuidador y entorno de aquellas lesiones que pudiera ocasionar como consecuencia de una situación de agitación psicomotriz extrema no controlada.
- Detectar y valorar a aquellos usuarios con riesgo elevado de agitación psicomotriz de la forma más precoz.
- Prevención de accidentes.
- Posibilitar la administración de determinados cuidados/ tratamientos.

4. INFORMACIÓN AL USUARIO/ FAMILIA/ACOMPañANTE

Todo usuario debe ser informado de los procedimientos, técnicas, tratamientos, etc. que se le van a aplicar, aún, en el caso de usuarios con agitación psicomotriz. En este caso, además, se debe necesariamente informar a la familia y/o cuidador de las medidas de contención física y obtener su autorización a través del **Consentimiento Informado (ANEXO I DE ESTE PROTOCOLO)**.

Además el usuario deberá ser informado sobre lo siguiente:

- Funcionamiento de timbres, luces, barras de protección de la cama, etc.
- Mientras esté agitado de forma aguda y con sujeciones físicas deberá estar vigilado con más frecuencia por parte del personal del centro (c/30 minutos) y si fuera posible acompañado por un cuidador/familiar (que nos informará de cualquier alteración en su comportamiento, avisando así mismo al personal de la residencia/centro en caso de que vaya a dejar solo al usuario en su habitación).
- Habría que explicar, con el decoro y educación precisos, que dichas medidas de contención se colocan básicamente para velar por la seguridad del usuario y entorno. Así mismo informarles que únicamente son aplicadas en situaciones de riesgo, que son lo menos restrictivas para que sean eficaces y que son colocadas el menor tiempo posible y siempre bajo un control extremo por parte del personal de la residencia/centro.
- Se deberá proporcionar al usuario una serie de cuidados básicos, por parte del personal y/o acompañantes:
 - Cambios posturales cada 3 horas como máximo para evitar la aparición de Upps. y vigilancia exhaustiva del estado de la piel.
 - Valorar la necesidad de gimnasia pasiva para prevenir la aparición de rigideces y atrofia muscular.
 - Acompañamiento por un cuidador, comunicación oral con él. Evitar el aislamiento, poner televisión, música, leer, etc.

5. PERSONAL NECESARIO

Como norma general, se precisará de 4 ó 5 personas para sujetar EEES y EEII y tronco y otra más para sujetar la cabeza.

6. MATERIAL NECESARIO

- Siempre se utilizarán sujeciones estandarizadas y homologadas.
- Barras laterales de seguridad en la cama.
- Guantes no estériles.

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

7.1. Acciones Previas:

- Intentar, si es el caso, reducir verbalmente la situación, sin buscar la confrontación.
- Se informará al médico de la residencia cuando esté de presencia física. Si no estuviera se seguirá el protocolo de actuación que dicho responsable tuviera definido (medicación pautada en un primer lugar, etc.)
- No obstante, si el médico no pudiera atender la demanda en ese momento, el enfermero puede y debe actuar por propia iniciativa con ayuda del resto del equipo de trabajo (auxiliares de enfermería).
- Se tomarán las medidas oportunas según orden médica.
- Se pasará Consentimiento Informado para obtener autorización de la familia y/o cuidador, si la decisión del responsable médico, bajo orden médica expresa, es la contención de movimientos mediante sujeción física.

7.2. Ejecución ante situaciones agudas:

Si el usuario se agita estando de bipedestación y fuera de la habitación (paseando, etc.), acompañarlo sujetándolo entre dos personas por las axilas con una mano (empujándolo hacia arriba) y con la otra mano sujetar las muñecas (tirando hacia abajo). Hay que realizarlo con firmeza, pero sin lesionar.



Si tenemos que reducir a un usuario que está en el suelo tendremos que colocarlo en supino, sujetándolo por los hombros, antebrazos y por encima de los tobillos, sin olvidarnos de sujetar la cabeza. Es importante, nunca mostrarnos agresivos ni responder a cualquier provocación con insultos, etc.



Si el usuario se encuentra en la cama, se procederá a sujetarlo a ella mediante los dispositivos de contención homologados disponibles en el centro.

Se sujetará un mínimo de dos miembros alternos (EESS y EEII). La intensidad de la agitación nos dictará como actuar en cada caso.

Una vez sujeto en la cama, elevar la cabecera de la cama al menos 20°. Si la contención es prolongada planificar cambios posturales con sujeción.



7.3. Revisión y valoración tras ejecución:

- El personal de enfermería valorará y registrará en el parte de incidencias dicha situación, las acciones emprendidas y la valoración de las mismas.
- Revisar la correcta colocación de las fijaciones.
- Intentar, en la medida de lo posible, la comodidad y el confort del usuario.
- Retirar de la habitación los objetos potencialmente peligrosos.
- Observación horaria del estado del usuario, cada 3 horas como máximo el control de constantes y cada 8h la necesidad de mantenerlas o no.
- Valorar cambios posturales.
- No retirar dichas contenciones a petición del usuario y/o cuidador. Deberá ser tras valoración del personal de enfermería y sin olvidar que al ser una orden médica es el médico a quien compete modificar dicha orden.
- Adecuar temperatura y luz.
- Apoyo a cuidador.

7.4. Revisión Indicación contención:


- Cada 3 meses, en términos generales y por periodos menores, en situaciones especiales, se procederá a revisar la indicación y la necesidad otras actuaciones terapéuticas, en función de la evolución de cada caso. (**ANEXO II DE ESTE PROTOCOLO, Registro indicación Sujeciones Físicas**)

8. COMPLICACIONES

- Valorar posibles lesiones al forzar la inmovilización y autolesiones.
- Valorar posibles fracturas.
- Si el usuario, previamente ha sido sedado, vigilar posibles aspiraciones, así como, los efectos extrapiramidales que pudieran aparecer si se han administrado neurolépticos. Importante vigilancia del nivel de conciencia.
- Aumento de la agitación por la sujeción.
- No autorización por parte de la familia a aplicar las medidas de contención mediante sujeción física.

9. INDICADOR DE CALIDAD CLAVE:

Incidencia de Sujeciones físicas en el centro/ residencia (quedan incluidas barras laterales de cama). Dicho Indicador formará parte del CMI tanto del centro como del Área Sociosanitaria.

	ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE MEDIDAS DE SUJECCION FÍSICA	PT 2-2
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

D/D. ^a
con DNI..... mayor de edad, en pleno uso de mis facultades
mentales, manifiesto como representante legal del usuario del Centro/Residencia
.....

D/D. ^a
con DNI.....

DECLARO

Que he sido informado de manera adecuada por el equipo médico de este centro, que tiene definida la Línea Estratégica de Calidad Asistencial, cuyo objetivo principal es disminuir o eliminar la colocación de Sujeciones Físicas entre los usuarios mediante la prestación de cuidados individualizados que garanticen el máximo potencial de Integridad y autonomía entre los mismos.

El propósito principal de dicho cuidado es mantener y asegurar la integridad corporal del usuario y el entorno de forma temporal, por el menor tiempo posible, y siempre y cuando se haya valorado la imposibilidad de realizarlo de otro modo.

La indicación de este cuidado la realiza el médico mediante orden al personal de enfermería, para mejorar, tratar o paliar la situación clínica del usuario en ese momento. Si es el familiar o representante legal del usuario quien lo solicita deberá firmar el presente documento.

Situaciones y motivos que pueden obligar al uso de restricciones físicas:

- a) Problemas de conducta, con evidentes riesgos para el propio usuario o para los demás:
 - Cuadros confusionales agudos
 - Estados de ansiedad
 - Cuadros psicóticos
 - Resistencia a tratamientos
 - Efectos secundarios a fármacos
- b) Prevención de accidentes. Cuadro de caídas múltiples y reiteradas.
 - Factores internos del usuario: cardiovasculares, neurológicos, psiquiátricos, ortopédicos.
 - Factores externos del usuario: riesgos ambientales, medicación.
- c) Necesidad de tratamientos que obliguen al uso de tales medidas (por ejemplo ante la auto-extracción de sondas, apósitos, etc.)

También se me ha explicado de manera clara las posibles contraindicaciones o perjuicios de las sujeciones físicas:

- a) Efectos físicos: úlceras por presión, infecciones, incontinencias (urinaria y/o fecal), disminución del apetito, estreñimiento, pérdida del tono muscular, atrofia muscular y debilidad.
- b) Efectos psicológicos: aislamiento social, miedo/pánico, ira, retiro/apatía, depresión, agresividad.

Valorando de manera responsable todos estos posibles inconvenientes, he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y se me ha permitido realizar todas las observaciones y aclarado todas las dudas que he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy totalmente satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos de la aplicación de dicho cuidado pudiendo solicitar más explicaciones para solventar cualquier duda que me pueda surgir en cualquier momento.

Que previa a la prescripción de la contención física, se han realizado las siguientes medidas sin éxito:

1.
2.
3.

Y que cada tres meses se revisará nuevamente la necesidad de modificar dichas contenciones y se dejará constancia de dicha valoración en el registro de “Revisión Indicación Sujeciones Físicas” (**ANEXO II del Protocolo de Sujeciones Físicas**)

- ☐ **SI Consiento y autorizo** el empleo de medidas de sujeción, cuando a criterio del equipo multidisciplinar del centro se estime conveniente, rigiéndose por el protocolo de sujeción que tiene el centro, y haciéndome responsable y asumiendo las consecuencias que se puedan derivar del “uso” de sujeciones ante las situaciones de riesgo antes mencionadas

TIPO DE CONTENCION A UTILIZAR:.....
.....

Don/doña.....
como representante legal, familiar o allegado, con domicilio en.....y DNI.....

(*) En situaciones especiales podrá firmarlo el propio usuario.

En, a.....de.....del.....

Fdo. Equipo médico

Fdo. Usuario/Representante legal

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

☐ **REVOCACIÓN**

Don/ doña..... como representante legal, familiar o allegado, de.....años de edad, con domicilio en.....y DNI.....

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no consiento se realice dicha contención, que doy por finalizado en esta fecha:

En,....., a.....de.....del.....

Fdo. Equipo médico

Fdo. Representante legal

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

- ☐ **NO consiento ni autorizo** de forma responsable el empleo de las medidas de sujeción, haciéndome responsable y asumiendo todas las posibles consecuencias que se puedan derivar del “no uso” de sujeciones ante las situaciones de riesgo antes mencionadas.

Don/doña..... como representante legal, familiar o allegado, de.....años de edad, con domicilio en.....y DNI.....

En....., a.....de.....del.....

Fdo. Equipo médico

Fdo. Representante legal

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

☐ **REVOCACIÓN**

Don/ doña.....como representante legal, familiar o allegado, de.....años de edad, con domicilio en.....y DNI.....

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y consiento se realice dicha contención, que doy por finalizado en esta fecha:

En....., a.....de.....del.....

Fdo. Equipo médico

Fdo. Representante legal

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

	ANEXO II: REGISTRO TRIMESTRAL DE SUJECCIONES FISICAS	PT 2-2
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

USUARIO:

FECHA	MODIFICACIONES (SI / No)	OBSERVACIONES	FIRMA

Anexo IV: Documentación correspondiente al procedimiento de derechos del usuario

	INFORME DE NO CONFORMIDAD O RECLAMACIÓN	P3-1
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev. 0

- ☐ Reclamación
☐ No conformidad

DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA:	
Detectada por:	Fecha:
ACCIÓN INMEDIATA:	
Responsable/s:	Fecha:
SEGUIMIENTO, VERIFICACIÓN Y CIERRE:	
Responsable de Calidad:	Fecha:

Informe de acción correctiva

Análisis de la causa de no conformidad:
ACCIÓN/ES:
Responsable/s y plazo/s:
SEGUIMIENTO, VERIFICACIÓN Y CIERRE:
Responsable de Calidad: Fecha:

	REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERNO	P 3/2
	RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE	Rev.02

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO.-

DENOMINACION:

Residencia de personas mayores “Nuestra Señora Virgen del Valle”.

AUTORIZACION:

Resolución Nº 3.308 de la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, del 16 de agosto de 2001.

DEPENDENCIA PATRIMONIAL:

Privada

TITULARIDAD:

Fundación Benéfica Social de La Rioja.

ENTIDAD GESTORA:

Gerontovalle S.L.U

C.I.F.: B-26511105, con domicilio social en C/ Gregoria Artacho, 3. 26350
Cenicero (La Rioja)

UBICACIÓN DEL CENTRO:

C/ Gregoria Artacho, 3. 26350 Cenicero (La Rioja)

Tfno. 941 45 41 35

Fax: 941 45 47 39

Mail: direccion@gerontovalle.com

ÍNDICE

TÍTULO I. DISPOSICIÓN GENERAL

TÍTULO II. ORGANIZACIÓN INTERNA

TÍTULO III. NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

TÍTULO IV. INTENSIDAD. SERVICIOS BÁSICOS Y COMPLEMENTARIOS

TÍTULO V. ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE USUARIO

TÍTULO VI. DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

TÍTULO VII. RÉGIMEN DE INFRACCIONES/FALTAS Y SANCIONES

TÍTULO VIII. RÉGIMEN ECONÓMICO

TÍTULO IX. RÉGIMEN DE VISITAS, COMUNICACIONES Y SALIDAS

TÍTULO X. QUEJAS Y SUGERENCIAS

TÍTULO XI. DIRECCIÓN DEL CENTRO

TÍTULO XII. ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN Y REPRESENTACIÓN

DISPOSICIONES ADICIONALES

TÍTULO I.- DISPOSICIONES GENERALES.-

1.- DEFINICIÓN DEL CENTRO:

El centro de atención residencial para personas mayores “Nuestra Señora del Valle” es un centro dirigido a ofrecer una atención personal, integral y continuada, de carácter socio sanitario teniendo en cuenta la condición de personas mayores dependientes, la naturaleza de la dependencia, el grado de la misma, y la intensidad de los cuidados que precisa.

Respecto a la tipología de las personas atendidas, podrán ser, personas mayores no dependientes, dependientes y grandes dependientes.

El centro residencial cuenta con un total de 74 plazas de las cuales el Gobierno de la Rioja dispone de 34 plazas para personas mayores grandes dependientes del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y atención a la Dependencia.

2.- OBJETO DEL REGLAMENTO:

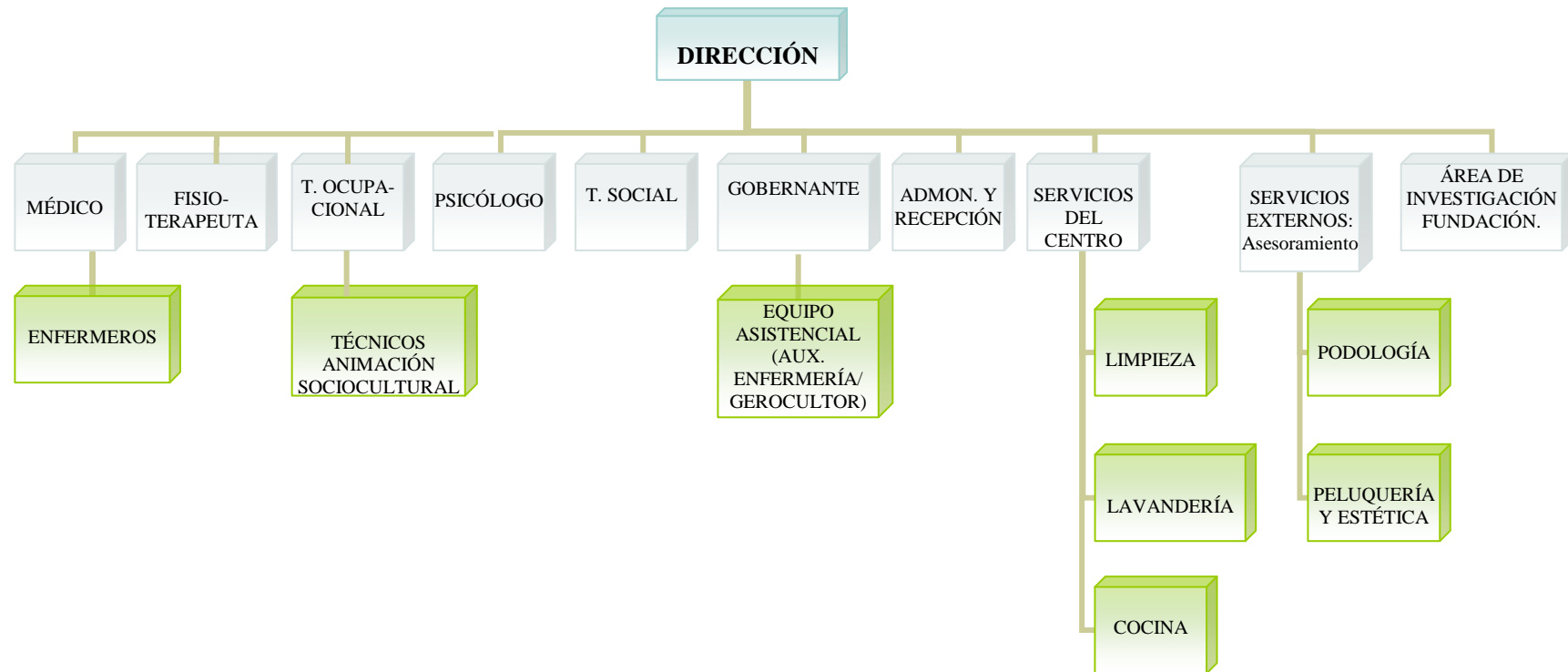
El presente Reglamento tiene por objeto establecer las normas básicas que regulan el funcionamiento y relaciones de convivencia interna del centro residencial de personas mayores “Nuestra Señora Virgen del Valle”.

El Reglamento de Régimen Interno tiene carácter obligatorio para: las personas mayores usuarios, sus familiares, representantes y personal, con el objetivo de garantizar la calidad de vida de los usuarios.

El RRI está adaptado a la normativa vigente y podrá ser modificado en cualquier momento por la entidad gestora y será visado y aprobado por el órgano competente de la Consejería de Salud y Servicios Sociales.

Así mismo, estará expuesto en el tablón de anuncios del centro.

TÍTULO II.- ORGANIZACIÓN INTERNA.-



TÍTULO III.- NORMAS DE FUNCIONAMIENTO.-

CAPÍTULO 1.- DEL ALOJAMIENTO.-

Sección A.- De las habitaciones.-

Artículo 1.- Para el alojamiento de los usuarios, la “Residencia Ntra. Sra. del Valle” cuenta con habitaciones dobles e individuales.

Artículo 2.- Todas las habitaciones cuentan con baño anejo completo.

Artículo 3.- En las habitaciones dobles cada uno de los usuarios tendrá derecho a utilizar la mitad del mobiliario de las mismas.

Artículo 4.- La ropa de cama será cambiada, ordinariamente, 2 días por semana en los días que fije el supervisor del centro, salvo que por razones de enfermedad, accidentes u otras hicieran necesario su cambio en otro momento a juicio del supervisor.

Artículo 5.- La limpieza de las habitaciones se realizará diariamente en el horario de mañana fijado por la dirección del centro y por el personal del propio centro o contratado para tal finalidad. Para su realización, y únicamente para los usuarios que cuenten con capacidades y grado de dependencia que lo permitan, tienen la opción de dejar expedita y recogida la habitación y facilitar el acceso de los servicios de limpieza en las horas fijadas por la dirección para la realización de la misma.

Artículo 6.- Por razones higiénico - sanitarias ningún usuario podrá prohibir el acceso a la habitación para la realización de la limpieza salvo que exista prescripción facultativa en contrario. Si el horario fijado para la realización de esta tarea no le conviene al usuario por los motivos que fuesen, será transmitido a la dirección para llegar a un acuerdo.

Artículo 7.- Nadie podrá permanecer en las habitaciones sin el consentimiento del/de los usuarios que la ocuparen, salvo los servicios de limpieza, el personal sanitario, y aquel otro que determine la dirección para el mantenimiento o reparación de alguno de los elementos de la misma, quienes podrán acceder a la habitación a los exclusivos efectos de los cumplimientos de sus respectivos cometidos.

Artículo 8.- La ausencia temporal del/de la usuario durante un periodo de tiempo por cualquier causa, lleva consigo la obligación por parte del centro de reserva de habitación. Dicha ausencia será notificada por el usuario a Recepción. Para los usuarios designados por el Gobierno de La Rioja las ausencias temporales deberán ajustarse a lo establecido en la norma aplicable.

Artículo 9.- Ningún usuario podrá ser trasladado de la habitación que tiene asignada a menos que razones extraordinarias lo hicieran aconsejable. Son razones extraordinarias las siguientes:

a).- De convivencia:

- Incompatibilidad manifiesta de caracteres entre los ocupantes de una misma habitación. La dirección del centro determinará el cambio más procedente, manteniendo en cualquier caso las características de la habitación del usuario cuyo cambio haya tenido lugar.

b).- Médicas:

-Cuando alguno de los ocupantes padezca una enfermedad infecto-contagiosa que implique un riesgo de contagio para el otro.

-Cuando alguno de los ocupantes padezca una enfermedad que impida al otro una utilización normal de la habitación o no le permita conciliar el sueño.

-Epidemia que haga aconsejable la reubicación de los usuarios para evitar su expansión

c).- Organizativas:

-Cuando exista una descompensación entre el número de personas del mismo sexo que aconsejen una redistribución de las habitaciones del centro.

-Cuando fuere necesario acometer obras en el centro que hagan preciso la adopción de esta medida.

Artículo 10.- El traslado se efectuará siempre a una habitación de igual tipo al disfrutado hasta entonces.

Artículo 11.- Si algún usuario apreciare la necesidad de efectuar alguna obra o reparación en la habitación deberá ponerlo en conocimiento de la dirección del centro.

Sección B.-De las instalaciones de uso común.

Artículo 12.-Para el esparcimiento y vida común de los usuarios, el centro cuenta con las siguientes instalaciones:

- Tres salones de televisión y estancia.
- Sala de fisioterapia y terapia ocupacional.
- Sala multisensorial.
- Dos Comedores.
- Capilla
- Jardín.

Artículo 13.- Los salones de televisión permanecerán abiertos todos los días pudiendo hacer uso de ellos en cualquier momento y hora del día siempre y cuando no se moleste al resto. El comedor se abrirá para servir las comidas del centro en los horarios fijados a tal efecto por la dirección.

Artículo 14.-Para establecer programación de la televisión se tendrá en cuenta las preferencias de los usuarios de la misma.

CAPÍTULO 2.-DE LA MANUTENCIÓN.-

Sección A.- Del Régimen General

Artículo 15.- Los usuarios recibirán 4 comidas diarias:

- Desayuno
- Comida
- Merienda
- Cena

Artículo 16.-El desayuno estará compuesto de leche caliente con Eko, o con café o cacao, zumo, galletas, mantequilla y mermelada; y además, con bollería en el fin de semana. Cabe la posibilidad de otros productos si se desean.

Artículo 17.-La comida estará compuesta de dos platos (el segundo plato a elegir entre carne o pescado) y postre.

Artículo 18.-La merienda estará compuesta de leche caliente con Eko, con café, o cacao y galletas o fruta, yogur, zumo, etc.

Artículo 19.-La cena estará compuesta de dos platos y postre.

Artículo 20.-Las comidas serán servidas y consumidas en el comedor del centro conforme al horario que fije la dirección.

Artículo 21.-Únicamente podrán ser servidas en la habitación cuando por prescripción facultativa fuera necesario.

Artículo 22.-Los menús serán fijados por el médico y la dirección del centro, y serán confeccionados de manera que aseguren siempre una alimentación equilibrada para lo cual estarán supervisados por el propio médico.

Artículo 23.-El menú del día se publicará en el tablón de anuncios del centro.

Sección B.-De las dietas Especiales.

Artículo 24.-El Régimen General de Comidas no podrá ser alterado salvo previa solicitud presentada por escrito por alguno de los usuarios que hubieran de llevar una dieta especial por prescripción facultativa, la cual suponga una grave alteración del Régimen General. No se considera como grave alteración la cocina sin sal o astringente o para diabéticos.

Artículo 25.-En esta hipótesis se entregará a la dirección la dieta a seguir y ésta, si lo considera, ofertará un incremento de la mensualidad por razón de la dieta. Caso de que dicho incremento sea rechazado podrá desistirse del contrato.

Artículo 26.-El usuario estará obligado al cumplimiento de la dieta, ahora bien, si no desea la dieta recomendada, podrá firmar un documento en el cual el propio usuario asumirá las consecuencias de no seguir tal dieta.

CAPÍTULO 3.- DE LA ROPA PERSONAL.-

Artículo 27.-La ropa personal de los usuarios de uso cotidiano será lavada y planchada por el personal del centro. Para ello los usuarios o los auxiliares, en caso de incapacidad, deberán depositarla en los cestos o contenedores habilitados a tal fin por el centro.

Artículo 28.-A efectos de su adecuada identificación la ropa deberá estar debidamente marcada con etiquetas nominativas cosidas a las prendas.

Artículo 29.-El etiquetado identificativo de la ropa correrá por cuenta del usuario.

Artículo 30.-El Servicio de lavandería podrá rechazar todas las prendas que por sus características no aconsejen el lavado común o su planchado con los medios del centro bien por el riesgo de decoloración o de deterioro.

Artículo 31.-En todo caso se presume que la ropa que deposita el usuario para su lavado y planchado puede ser tratada con los medios ordinarios del centro y que el riesgo de decoloración o deterioro es asumido plenamente por el usuario.

Artículo 32.- También podrá rechazar el Servicio la ropa que no esté convenientemente identificada.

TÍTULO IV.- INTENSIDAD. SERVICIOS BÁSICOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.-

CAPÍTULO 1.-DE LOS SERVICIOS BÁSICOS.-

Artículo 33.- El centro prestará a los usuarios los siguientes servicios básicos:

- Alojamiento: Que lleva consigo el derecho de los usuarios a ocupar la habitación contratada y disfrutar de las instalaciones de uso común del centro.
- Manutención: Desayuno, comida, merienda y cena según horarios; elaboración de dietas especiales; control dietético de los alimentos; supervisión de aspectos relacionados con la higiene y manipulación de los alimentos.
- Asistencia a personas dependientes: como servicio básico para los usuarios dependientes.
- Higiene y Salud: vigilancia de la higiene y practica de los baños que sean necesarios, atención medica y enfermería del propio centro, administración de fármacos pautados medicamente, dirección de programas de seguimiento y evaluación del usuario según necesidades asistenciales y de vida diaria.
- Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Animación Sociocultral.
- Psicóloga a disposición de los usuarios y familias si precisan
- Servicio de lavandería y limpieza: que lleva consigo el lavado y planchado de la ropa personal del los usuarios y limpieza de la habitación.
- Recepción: que lleva consigo la recepción de visitantes, la gestión y entrega del correo, la gestión de la centralita telefónica y la información a usuarios y visitantes.

Artículo 34.- Los servicios, excepto los complementarios/externos (peluquería y podología), están incluidos en el precio a abonar mensualmente por los usuarios.

CAPÍTULO 2.-DE LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS/ EXTERNOS.-

Artículo 35.- Del servicio de peluquería: cuando se requiera el servicio, será comunicado a recepción, bien por el propio usuario o por los familiares. La tarifa de precios está expuesta en el tablón de anuncios.

Artículo 36.- Del servicio de podología: cuando se requiera el servicio, será comunicado a recepción, bien por el propio usuario o por los familiares. La tarifa de precios está expuesta en el tablón de anuncios.

TÍTULO V.- ADQUISICIÓN Y PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE USUARIO.-

CAPÍTULO 1.- DE LA ADQUISICIÓN DE LA CONDICIÓN DE USUARIO.-

Artículo 37.-El usuario adquiere esta condición una vez que, suscrito el pertinente contrato de admisión, en plazas privadas, efectúa su ingreso en el centro, que se determinará en el propio contrato. Para los usuarios designados por el Gobierno de La Rioja, les resultará aplicable la normativa vigente en la materia, esto es el Decreto 18/2011, de 11 de marzo, por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial y al servicio público de estancias temporales residenciales para personas mayores grandes dependientes y dependientes severos del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia.

Artículo 38.-El contrato de admisión será suscrito por la persona o personas que asuman las obligaciones económicas dimanantes del mismo, sea o no, la persona que vaya a ser usuario, pudiéndolo hacer por sí o por medio de apoderado.

Si quien suscribe el contrato es persona distinta de quien haya de resultar usuario en virtud del mismo, deberá éste prestar su conformidad si se hallare con capacidad para prestar su consentimiento o hacerlo por él su representante legal, si lo tuviere.

CAPÍTULO 2.- DE LA PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE USUARIO.-

Artículo 39.-La condición de usuario, en plaza privada, subsiste durante toda la vigencia del contrato que se extinguirá por la expiación de su plazo, sin haber sido prorrogado, por mutuo acuerdo de las partes y también unilateralmente podrá ser rescindido inmediatamente el contrato por las causas siguientes:

A) .-Por parte del/ de la usuario

-Por traslado de la habitación contratada, si no hay otra del mismo tipo o mejor, a menos que prefiera permanecer en otra peor con rebaja del precio y derecho de preferencia.

-Por modificación de precios, en los términos previstos en el Título VIII del presente Reglamento.

B) .-Por parte del centro:

-Por impago de dos recibos.

-Por conducta personal del usuario que suponga un deterioro la convivencia con los demás usuarios o con su compañero de habitación o que dificulte o entorpezca la prestación de los servicios del centro. Se incluyen aquí entre otras las siguientes:

- La embriaguez habitual o drogadicción
- La conducta injuriosa o vejatoria con otros usuarios
- La desidia y abandono de su higiene personal
- No permitir la limpieza de la habitación o reparación de algún elemento de la misma.
- La condena, en sentencia firme, por la comisión de delitos o faltas dentro del centro.
- La vulneración continuada del Reglamento del centro

Para los usuarios designados por el Gobierno de La Rioja, les resultará aplicable la normativa vigente en la materia, esto es el Decreto 18/2011, de 11 de marzo, por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial y al servicio público de estancias temporales residenciales para personas mayores grandes dependientes y dependientes severos del sistema riojano para la autonomía personal y la dependencia.

TÍTULO VI.- DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS.-

Sin perjuicio de lo establecido por la normativa vigente los usuarios tendrán, entre otros, los siguientes derechos y deberes:

Artículo 40.- La condición de usuario confiere a quien la tiene el derecho a vivir en el centro y disfrutar de sus servicios e instalaciones del mismo conforme a lo pactado en el contrato de admisión y a lo previsto en el presente Reglamento.

Artículo 41.- Son derechos de los usuarios:

- a) .-Recibir del centro los servicios descritos en el artículo 33 del presente Reglamento, conforme a lo pactado y previsto en el mismo.
- b) .-Participar en las actividades del centro y colaborar al desarrollo de las mismas.
- c) .-A ser respetados en sus convicciones políticas, morales y religiosas.
- d) .-Al respeto de su intimidad y dignidad personal.

Artículo 42.-Son deberes de los usuarios:

- a) .-El respeto de las convicciones morales, políticas y religiosas de cuantas personas se relacionen con ellos.
- b) .-El respeto de la dignidad personal e intimidad de cuantas personas se relacionen con ellos.

- c) .-El conocimiento y cumplimiento de las normas que rijan el establecimiento.
- d) .-Guardar las normas de higiene y aseo, tanto en su persona como en las dependencias del establecimiento.
- e) .-Observar una conducta decorosa y favorecer la buena convivencia entre los usuarios.
- f) .-Estar al corriente de los recibos de los pagos mensuales.

Artículo 43.- Queda totalmente prohibido a los usuarios:

- a) .-La tenencia de armas
- b) .-La tenencia de explosivos, materias inflamables, tóxicas y en general, las que por cualquier característica pueda resultar peligrosa nociva o molesta.
- c) .-Fumar en todo el espacio del centro.
- d) .-La tenencia de drogas y bebidas alcohólicas
- e) .-La tenencia de medicinas no autorizadas a los usuarios con incapacidad o presunta incapacidad psíquica para su autogestión

Artículo 44.- Tanto el personal del centro como los usuarios procuraran en todo momento que la convivencia se desenvuelva en armonía, favoreciéndose en todo caso las actividades que supongan una profundización de las relaciones humanas, afectivas, y de compañerismo entre los usuarios.

Artículo 45.- A los fines indicados en el artículo anterior se promoverán en el centro las actividades culturales, recreativas y de esparcimiento que impliquen una participación activa de los usuarios.

Artículo 46.- Para hacer frente a los gastos de las actividades mencionadas en el artículo anterior, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- A) .-Si son actividades a realizar fuera de la residencia –como excursiones, visitas culturales, religiosas o de otra índole- podrán ser pagadas por los usuarios que disfruten de ellas, previa su suscripción a las mismas.
- B) .-Si son actividades a realizar en la residencia no implicarán, por regla general, obligación de gasto para los usuarios, salvo si implican gastos extraordinarios que no sean los usuales de mantenimiento del centro.

Artículo 47.- Al objeto de favorecer la participación de los usuarios en la vida del centro se promoverán las actividades reseñadas en el artículo anterior siendo la dirección quien sirva de vehículo para encauzar las sugerencias e iniciativas de los usuarios.

Artículo 48.- Los usuarios con suficiente autonomía, podrán salir libremente y bajo su responsabilidad del centro, asumiendo toda la responsabilidad por cualquier daño o perjuicio que puedan sufrir o causar en el exterior de las instalaciones.

Artículo 49.-Los usuarios tienen derecho de información. Este derecho se materializará:

- a) .-A través de las consultas que pueden formular a la dirección o recepción del centro
- b) .-A través del tablón de anuncios, que estará en lugar visible y que en todo caso publicará:
 - 1.- Los horarios de funcionamiento del centro, que en todo caso serán fijados por la Dirección del mismo.
 - 2.- Los precios del centro y la modificación de los mismos.
 - 3.- El menú del día.
 - 4.- Las actividades especiales que oferte el centro
 - 5.- El presente reglamento y sus modificaciones
 - 6.- Autorización administrativa de funcionamiento.
 - 7.-Y la existencia de hojas de reclamación.

TÍTULO VII.- RÉGIMEN DE INFRACCIONES/FALTAS Y SANCIONES.-

Lo establecido en este Título será de aplicación para las plazas privadas. Para las plazas públicas el régimen sancionador se regirá por lo establecido en el Capítulo V del Título X de la Ley 7/2009, que regula el régimen sancionador aplicable a las personas usuarias de centros y servicios de servicios sociales de titularidad pública del Gobierno de La Rioja, o normativa vigente en cada momento.

CAPÍTULO 1.-DEL RÉGIMEN DE INFRACCIONES/FALTAS.-

Sección A.- Faltas

Artículo 50.- Se consideran *faltas leves*:

- a) Promover o participar en discusiones, altercados o violentas, en perjuicio de la convivencia.
- b) Faltar levemente a la consideración debida al Director/-a, al personal, a los otros usuarios o a los visitantes.
- c) Alterar las normas de convivencia y respeto mutuo en el centro.
- d) Utilizar de forma inadecuada las instalaciones, medios y servicios del centro.
- e) Ausentarse sin registrarse en recepción.

Artículo 51.- Se considerarán *faltas graves*:

- a) La reincidencia en las faltas leves.
- b) Faltar gravemente a la consideración debida al Director/-a, al personal, a los otros usuarios o a los visitantes.
- c) Ocasionar daños graves en los bienes del centro.
- d) Causar perjuicios notorios al normal desarrollo de los servicios o a la convivencia.
- e) Utilizar en las habitaciones aparatos o herramientas no autorizados.

- f) Pernoctar fuera del centro sin previa comunicación al Director/-a
- g) La demora injustificada de un mes en el abono de la estancia.
- h) Incumplir gravemente las normas establecidas en el presente Reglamento.

Artículo 52.- Se consideran *faltas muy graves*:

- a) La reincidencia en las faltas graves.
- b) La agresión física o los malos tratos al Director/-a, al personal, a los otros usuarios o a los visitantes.
- c) Sustraer bienes del centro, del personal, usuarios o visitantes.
- d) Ocasionar daños muy graves en los bienes o instalaciones de la Residencia.
- e) La embriaguez habitual.
- f) La demora injustificada de dos meses, alternos o sucesivos, en el abono de la estancia.

Sección B.- Reincidencia

Artículo 53.- Se produce reincidencia, cuando el responsable de la falta haya sido sancionado de una falta de la misma naturaleza, en el plazo de tres meses en el caso de las leves, seis para las graves y nueve meses para las muy graves, a contar desde la notificación de aquella.

Sección C.- Prescripción

Artículo 54.- Las faltas leves prescribirán a los tres meses, las graves a los seis meses, y las muy graves a los nueve meses. La prescripción comenzará a contar desde el día en que la falta se hubiere cometido.

CAPÍTULO 2.-SANCIONES.-

Artículo 55.- Sin perjuicio por las demás responsabilidades a que en su caso hubiere lugar, las sanciones que pueden imponerse a los usuarios que incurran en alguna de las faltas señaladas serán las siguientes:

- a) Por *faltas leves*:
 - a. Amonestación privada, verbal o escrita.
 - b. Suspensión del derecho a participar en las actividades del centro y colaborar al desarrollo de las mismas por un periodo inferior a quince días.
- b) Por *faltas graves*:
 - a. Suspensión del derecho a participar en las actividades del centro y colaborar al desarrollo de las mismas por un periodo inferior a un mes.
- c) Por *faltas muy graves*:
 - a. Suspensión del derecho a participar en las actividades del centro y colaborar al desarrollo de las mismas por un periodo de dos a seis meses.
 - b. Expulsión del centro.

CAPÍTULO 3.-PROCEDIMIENTO SANCIONADOR.-

Artículo 56.- Las sanciones serán impuestas por el Director/-a del centro. Para la imposición de cualquier clase de sanción, deberá oírse al consejo de participación, que emitirá informe sobre la misma.

Artículo 57.- Calificadas las infracciones, las sanciones se graduarán teniendo en cuenta factores como el grado de intencionalidad o reiteración, naturaleza de los perjuicios causados y actitud ante los mismos, reincidencia, negligencia, circunstancias personales y gravedad de los hechos.

Artículo 58.- Cuando la dirección tenga conocimiento de un hecho susceptible de ser tipificado como falta, llevará a cabo las investigaciones necesarias para comprobar la veracidad del mismo y su gravedad.

Artículo 59.- En los casos de faltas graves y muy graves, será necesaria la incoación de expediente sancionador, que ha de ser comunicado al interesado, con indicación de los hechos que se le imputan, las infracciones que tales hechos pueden constituir y las sanciones que se le pudieran imponer.

TÍTULO VIII.- RÉGIMEN ECONÓMICO.-

Artículo 60.-Para los usuarios en plazas privadas, los precios de todos los servicios que preste el centro serán fijados libremente por el centro. Para los usuarios designados por el Gobierno de La Rioja cuyos régimen de precios estará sujeto a la Orden 16/2001, de 30 de noviembre, de la Consejería de salud y Servicios Sociales por la que modifica la Orden 12/2001, de 4 de septiembre, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales por la que se determina el precio público de los centros residenciales de personas mayores y concertados de la Comunidad Autónoma de La Rioja, o normativa vigente en su momento.

Artículo 61.- Para las plazas privadas, de los precios vigentes y de sus modificaciones se dará puntual información a los usuarios; a sus familiares, si estos no pudieran valerse por sí mismos o las circunstancias lo aconsejaren; en todo caso a la persona no usuario que pague los servicios de alguno de los usuarios; y a la Consejería competente en materia de Servicios Sociales.

Artículo 62.- La información de los precios y sus modificaciones, cuando se trate de precio de plaza privada, se realizará:

- a) .-Para los usuarios: Mediante publicación en el tablón de anuncios del centro y su comunicación por escrito al representante de los usuarios.
- b) .-Para los no usuarios (familiares y otros): mediante carta al correspondiente domicilio, en la que se expresará la fecha de entrada en vigor de los nuevos precios.

Artículo 63.-Las modificaciones entrarán en vigor en el mismo día del mes siguiente a su publicación, salvo que al publicarse se fije un plazo superior. En todo caso debe hacerse constar en el anuncio el día exacto en que empiecen a regir los nuevos precios.

Artículo 64.-La información de los precios a que se refiere el artículo anterior deberá realizarse anualmente entre el 1 y el 31 de enero. Cualquier modificación de los mismos que pretenda introducirse a lo largo del año, deberá ser, así mismo, notificada, al menos con un mes de antelación a su implantación, a los usuarios y a la Consejería competente en materia de Servicios Sociales.

Artículo 65.-Cuando la modificación afecte a los servicios relacionados en el artículo 33 de este Reglamento, el usuario o persona que haya formalizado el ingreso que no estuviera de acuerdo podrá desistir del contrato unilateralmente, notificándolo por escrito a la dirección del centro.

Artículo 66.- El cobro de tarifas se realizará mediante domiciliación bancaria adeudando el importe de la estancia en el centro residencial más el correspondiente IVA en la cuenta bancaria que el propio usuario o su representante legal nos facilite.

Artículo 67.- Los gastos extraordinarios personales (peluquería, podología, etc.) serán abonados directamente por los usuarios, familiares o sus representantes legales al profesional que realice el servicio.

TÍTULO IX.- RÉGIMEN DE VISITAS, COMUNICACIONES Y SALIDAS.-

CAPÍTULO 1.-DE LAS VISITAS Y COMUNICACIONES.-

Sección A.-De las visitas

Artículo 68.- Las visitas a los usuarios, tanto en las diversas dependencias del centro como en las habitaciones, son libres, sin horarios y siempre y cuando no se moleste a otros usuarios.

Artículo 69.- Los visitantes deben comunicar su entrada y salida en la recepción del centro y respetar en todo momento las libertades y derechos que asisten a los usuarios, en especial su privacidad e intimidad. Los visitantes que salgan al exterior con algún

usuario, velarán por su bienestar y seguridad siendo responsables directos de cualquier incidente que le pueda ocurrir.

Artículo 70.- Las visitas se ajustarán en su conducta a las prescripciones facultativas a que estén sometidos los usuarios, consultando en caso de duda con el personal del centro.

Artículo 71.- Corresponde al Director/-a del centro, conceder autorización y determinar en qué condiciones pueden las entidades o personas jurídicas visitar las instalaciones a fin de conocer el funcionamiento y organización, o de desarrollar cualquier actividad en el centro.

Los inspectores de servicios sociales, en el ejercicio de sus funciones, estarán facultados para:

- a) Acceder libremente, sin previa notificación, en cualquier momento, a todos los servicios y centros de servicios sociales, ya sean de titularidad pública o privada.

Sección B.-De las llamadas telefónicas

Artículo 72.- Existe libertad horaria para recibir llamadas del exterior, siempre y cuando no entorpezcan la marcha de la vida del centro.

Artículo 73.- Las llamadas, se recibirán en recepción y, desde aquí, serán derivadas a la correspondiente habitación; si el usuario, por sus circunstancias físicas o psíquicas, le es imposible atender la llamada, se le facilitará un teléfono inalámbrico para que pueda mantener dicho contacto.

Artículo 74.- Para las llamadas al exterior de los usuarios, estos tendrán disponible un teléfono en su habitación para su utilización en el momento que lo deseen.

CAPÍTULO 2.-DE LAS SALIDAS.-

Artículo 75.- Si desean comer en el centro, deben respetar en sus salidas los horarios de las mismas, salvo que sea una salida a una consulta médica o de otro tipo justificada.

Artículo 76.- Los usuarios deberán registrar en la recepción del centro su hora de salida y, si lo estiman conveniente, su itinerario y hora prevista de llegada. Esta información está encaminada a conseguir un mejor seguimiento del usuario en caso de que surjan imprevistos. También se registrará su hora de entrada.

Artículo 77.- Los usuarios deben comunicar con antelación al Director/-a el pernocte fuera del centro, así como cualquier ausencia prolongada.

Artículo 78.- Con independencia de la naturaleza y duración de las salidas, aquellos usuarios con control de enfermería continuado, deberán ser informados previamente sobre la conveniencia o no de la salida.

Artículo 79.- La decisión última y la responsabilidad sobre las salidas corresponden exclusivamente al usuario, excepto en el caso de usuarios legalmente incapacitados en cuyo caso la responsabilidad es de su Tutor Legal.

Artículo 80.- Siempre que el usuario se ausente, es conveniente que deposite en recepción todo tipo de llaves (de la habitación, de armarios, etc.) que pudieran impedir el libre acceso a sus pertenencias en caso de emergencias en las instalaciones del centro.

TÍTULO X.- QUEJAS Y SUGERENCIAS.-

Artículo 81.- Los usuarios y sus familiares tienen derecho a formular quejas y sugerencias.

Artículo 82.- Las quejas y sugerencias podrán formularse a la dirección del centro, personalmente por el usuario y podrán ser formuladas verbalmente o por escrito. También podrán ser formuladas por los familiares más próximos del usuario o en su caso por su representante legal.

Artículo 83.- Las quejas y sugerencias se canalizarán a través de los dispositivos creados para este fin, según consta en la Ley 3/2007, de 1 de marzo, de Calidad de los Servicios Sociales o en la normativa vigente en cada momento.

1. Libro de quejas y hojas de reclamaciones
2. Existe un buzón de sugerencias a disposición de los residentes a través del cual pueden manifestar, entre otras cuestiones, sus intereses para el desarrollo de actividades que pudiesen ser incluidas en el programa a desarrollar en el centro.
3. Tablón de anuncios. Se encuentra en el área de recepción donde está expuesto el Reglamento de Régimen Interno. La exposición de solicitudes de permutas con otras residencias, libro de reclamaciones.
4. Presentación de quejas por escrito o telemático dirigidas a la Dirección General competente.

TÍTULO XI.-DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO.-

Artículo 84.-La dirección del centro es el órgano rector del centro, tiene como funciones:

- a) .-Determinar, si procede, el horario general del centro y el de sus servicios.
- b) .-Velar por el perfecto funcionamiento del centro y de la prestación de los servicios del mismo.
- c) .-Informar a los usuarios y familiares de los mismos, así como resolver, en cuanto fuera posible, sus quejas y sugerencias.
- d) .-Adoptar cuantas decisiones exija la buena marcha del centro.
- e) .-Informar periódicamente al consejo de Administración de la Sociedad sobre la marcha del centro.

TÍTULO XII.- ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN Y REPRESENTACIÓN.-

Artículo 85.- Los usuarios o sus representantes legales tienen derecho a formar parte del consejo de participación. Este órgano estable de participación de los usuarios en la estructura organizativa del centro estará constituido por los usuarios o sus representantes, personal y dirección.

Sus funciones son:

- a) Velar por el cumplimiento del Reglamento de Régimen Interior.
- b) Facilitar la buena marcha del centro para conseguir el bienestar de todos los usuarios.
- c) Motivar a la participación y colaboración en las actividades sociales del centro.
- d) Solicitar ayuda y asesoramiento a los técnicos del centro.
- e) Favorecer la convivencia, la solidaridad y la integración social.
- f) Canalizar de forma adecuada las posibles demandas.

En residencia “Ntra. Sra. Virgen del Valle”. Cenicero, a 24 de noviembre de 2015.



DISPOSICIÓN I. COMPROBANTE FIRMADO

Como usuario, familiar o tutor legal de _____, he sido informado y se me ha entregado copia del Reglamento de Régimen Interno de la Residencia de Personas Mayores Nuestra Señora del Valle con fecha:_____

Firmado:

Nombre y Apellidos:

DNI:

HOJA DE RECLAMACIÓN OFICIAL COMUNIDAD AUTÓNOMA LA RIOJA

Numeración correlativa
Ejemplar por duplicado

Datos del centro o servicio

Nombre del centro o servicio: **RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE**

Dirección: **C/ Gregoria Artacho, n.º 3**

Localidad: **Cenicero**

Código Postal: **26350**

Teléfono: **941 45 41 35**

C.I.F.: **B-26511105**

Datos del reclamante

Nombre y apellidos

Dirección

Localidad Código Postal

Teléfono

Reclamación

Fecha de los hechos Día..... Mes..... Año.....

Hora de los hechos Hora.....

Fecha de la reclamación Día..... Mes..... Año.....

Motivo de la reclamación

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma del reclamante

Firma del centro

Anexo V: modelo de encuestas y respuestas totales

Modelo de encuesta para usuarios y respuestas

1. Ítems usuarios *(extraídos los ítems de las guía de buenas prácticas clave):*

	USUARIOS
	Planificar con el usuario
1	Cuando le van a duchar ¿Los auxiliares tienen todos los utensilios preparados?
2	¿Le han dejado solo en algún momento y luego han vuelto?
3	¿Le permiten elegir el jabón, la colonia, las cremas, etc.?
4	¿Le permiten participar en el aseo/ducha?
5	¿Le permiten opinar sobre cómo deben hacerlo?
6	¿Le permiten opinar sobre la ropa que le gusta o desea ponerse hoy?
	Cuidando los entornos
7	¿Los auxiliares cierran la puerta de la habitación y del baño para realizarle el aseo?
8	¿Le dejan cerca los utensilios para que usted pueda acceder a ellos y colaborar en el aseo?
9	Mientras le aseaban/duchaban ¿Alguna vez han llamado por teléfono al auxiliar o ha interrumpido otra profesional/persona?
10	¿Le van preguntando sus gustos e implicando en el aseo de una forma respetuosa?
11	¿Alguna vez se ha sentido incómodo?

2. Respuestas totales:

RESPUESTAS A ÍTEMS DICIEMBRE 2013												
USUARIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
2	AV	NO	NO	AV	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	
3	SI	SI	NO	AV	AV	AV	AV	AV	SI	SI	SI	
4	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
5	SI	NO	NO		NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	
6	NO	SI	NO	AV	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	
7	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	
8	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	
9	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	
10	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	
11	SI	SI	NO	NO	NO	AV	SI	NO	SI	AV	NO	
12	SI	SI	NO	NO	NO	NO	AV	NO	NO	NO	NO	MENOS DUCHAS
13	NO	SI	SI	SI	SI	SI	AV	SI	NO	SI	NO	
14	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
15	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	
16	AV	SI	NO	NO	NO	NO	AV	NO	SI	SI	NO	
17	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	
18	SI	SI	NO	SI	NO	AV	NO	NO	SI	SI	NO	
19	NO	SI	NO	NO	SI	AV	NO	SI	SI	SI	NO	
20	SI	SI	NO	NO	SI	NO	AV	SI	NO	SI	SI	
21	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	

22	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
23	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	
24	NO	SI	NO	SI	NO	AV	NO	NO	NO	SI	SI	
25	NO	SI	SI	AV	SI	AV	NO	AV	SI	SI	SI	
26	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
27	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	
28	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	
29	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	AV	SI	SI	NO	VAN MUY RÁPIDO
30	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
TOTALES	SI	20	21	3	17	11	14	13	9	18	26	7
	NO	8	9	27	9	18	10	12	18	12	3	23
	AV	2			4	1	6	5	3		1	
TOTALES EN %	SI	66,7	70,0	10,0	56,7	36,7	46,7	43,3	30,0	60,0	86,7	23,3
	NO	26,7	30,0	90,0	30,0	60,0	33,3	40,0	60,0	40,0	10,0	76,7
	AV	6,7	0,0	0,0	13,3	3,3	20,0	16,7	10,0	0,0	3,3	0,0

RESPUESTAS A ÍTEMS MARZO 2014												
USUARIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	
2	AV	NO	NO	AV	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	
3	SI	SI	NO	AV	AV	AV	AV	AV	NO	SI	SI	
4	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
5	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
6	SI	SI	NO	AV	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	
7	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	
8	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
9	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	
10	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
11	SI	SI	NO	SI	NO	AV	SI	NO	SI	AV	NO	
12	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	
13	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
14	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
15	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	
16	AV	NO	SI	NO	SI	NO	AV	SI	SI	SI	NO	
17	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	AV	NO	SI	NO	
18	SI	NO	NO	SI	NO	AV	SI	NO	SI	SI	NO	
19	SI	NO	NO	NO	SI	AV	SI	SI	SI	SI	NO	
20	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	
21	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	
22	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	

23		SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	
24		NO	NO	NO	SI	NO	AV	SI	AV	NO	SI	SI	
25		SI	SI	SI	AV	SI	AV	SI	SI	SI	SI	NO	
26		SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
27		SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	AV	SI	SI	NO	
28		SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	AV	NO	SI	NO	
29		SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
30		SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
TOTALES	SI	26	14	5	21	19	14	28	19	16	27	4	
	NO	3	16	25	5	10	10	0	6	14	2	26	
	AV	2			4	1	6	2	5		1		
TOTALES EN %	SI	86,7	46,7	16,7	70,0	63,3	46,7	93,3	63,3	53,3	90,0	13,3	
	NO	10,0	53,3	83,3	16,7	33,3	33,3	0,0	20,0	46,7	6,7	86,7	
	AV	6,7	0,0	0,0	13,3	3,3	20,0	6,7	16,7	0,0	3,3	0,0	

RESPUESTAS A ÍTEMS JUNIO 2014												
USUARIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	SI	NO	NO	SI	AV	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
2	AV	NO	NO	AV	NO	SI	SI	AV	NO	SI	NO	
3	SI	SI	NO	AV	AV	AV	AV	SI	NO	SI	SI	
4	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	PRISAS A LA HORA DE ACOSTAR
5	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
6	SI	SI	NO	AV	SI	AV	SI	AV	SI	SI	NO	
7	SI	SI	NO	NO	SI	AV	SI	SI	SI	SI	NO	
8	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
9	SI	NO	SI	AV	SI	SI	SI	SI	NO	AV	NO	
10	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
11	SI	SI	NO	SI	NO	AV	SI	NO	NO	AV	NO	
12	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	
13	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
14	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
15	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	
16	SI	NO	SI	NO	SI	NO	AV	SI	SI	SI	NO	
17	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	AV	NO	SI	NO	
18	SI	NO	NO	SI	NO	AV	SI	AV	SI	SI	NO	
19	SI	NO	NO	AV	SI	AV	SI	SI	SI	SI	NO	
20	SI	NO	NO	SI	SI	AV	SI	SI	NO	SI	SI	

21	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	
22	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
23	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
24	AV	NO	NO	SI	NO	AV	AV	NO	NO	SI	NO	
25	SI	SI	SI	AV	SI	AV	SI	SI	SI	SI	NO	
26	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
27	SI	NO	NO	SI	SI	AV	SI	SI	SI	SI	NO	
28	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	AV	NO	SI	NO	
29	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
30	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
TOTALES	SI	28	11	6	22	21	16	27	22	10	27	3
	NO	0	19	24	2	7	4	0	3	20	1	27
	AV	2			6	2	10	3	5		2	
TOTALES EN %	SI	93,3	36,7	20,0	73,3	70,0	53,3	90,0	73,3	33,3	90,0	10,0
	NO	0,0	63,3	80,0	6,7	23,3	13,3	0,0	10,0	66,7	3,3	90,0
	AV	6,7	0,0	0,0	20,0	6,7	33,3	10,0	16,7	0,0	6,7	0,0

RESPUESTAS A ÍTEMS DICIEMBRE 2014												
USUARIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	SI	NO	NO	SI	AV	SI	SI	AV	NO	SI	NO	
2	AV	NO	NO	AV	NO	SI	SI	AV	NO	SI	NO	
3	SI	NO	NO	AV	AV	AV	AV	SI	NO	SI	NO	
4	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	PRISAS PARA ACOSTAR
5	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
6	SI	SI	NO	AV	SI	AV	SI	AV	NO	SI	NO	
7	SI	SI	NO	AV	SI	AV	SI	SI	NO	SI	NO	
8	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
9	SI	NO	SI	AV	SI	SI	SI	SI	NO	AV	NO	
10	SI	SI	NO	AV	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
11	SI	NO	NO	SI	NO	AV	SI	SI	NO	AV	NO	
12	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	AV	NO	
13	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
14	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
15	AV	SI	SI	SI	SI	AV	SI	SI	SI	SI	NO	
16	SI	NO	SI	AV	SI	AV	SI	SI	NO	SI	NO	
17	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	AV	NO	SI	NO	
18	SI	NO	NO	SI	AV	AV	SI	SI	SI	SI	NO	
19	SI	NO	NO	AV	SI	AV	SI	SI	SI	SI	NO	
20	SI	NO	NO	SI	SI	AV	SI	SI	NO	SI	NO	
21	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	

22		SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
23		SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
24		AV	NO	NO	SI	NO	AV	AV	AV	NO	SI	NO	
25		SI	NO	SI	AV	SI	AV	SI	SI	NO	SI	NO	
26		SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
27		SI	NO	NO	SI	SI	AV	SI	SI	NO	SI	NO	
28		SI	NO	NO	SI	NO	AV	SI	AV	NO	SI	NO	
29		SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
30		SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
TOTALES	SI	27	8	5	21	22	15	28	24	5	27	1	
	NO	0	22	25	0	5	3	0	0	25	0	29	
	AV	3			9	3	12	2	6		3		
TOTALES EN %	SI	90,0	26,7	16,7	70,0	73,3	50,0	93,3	80,0	16,7	90,0	3,3	
	NO	0,0	73,3	83,3	0,0	16,7	10,0	0,0	0,0	83,3	0,0	96,7	
	AV	10,0	0,0	0,0	30,0	10,0	40,0	6,7	20,0	0,0	10,0	0,0	

Modelo de encuesta para familiares y respuestas

1. Ítems familias:

	FAMILIAS
	Planificar con el usuario
1	¿En alguna ocasión su familiar le ha transmitido queja con respecto a la forma de realizarle el aseo/ducha?
2	¿Le ha reflejado alguna queja con respecto a su participación en dicho aseo?
3	Al igual, ¿Le ha transmitido queja con respecto a la elección de ropa, colonia, etc.?
	Cuidando los entornos
4	¿Ha visto alguna vez en el centro cómo asean a usuarios? Puertas abiertas, ventanas con cortinas abiertas, etc.
5	¿Alguna vez le ha transmitido su familiar que se siente incómodo con algunos de los profesionales? ¿Por qué?
	Tratamiento de la información personal
6	Respeto a la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información personal ¿Considera que se hace correctamente? (Ítem añadido desde la encuesta de junio de 2014)

2. Respuestas totales:

RESPUESTAS A ÍTEMS DIEMBRE 2013						
FAMILIAS		1	2	3	4	5
1		NO	NO	NO	NO	NO
2		NO	NO	NO	NO	NO
3		NO	NO	NO	NO	NO
4		SI	NO	NO	NO	SI
5		NO	NO	NO	NO	NO
TOTALES	SI	1				1
	NO	4	5	5	5	4
	AV					
TOTALES EN %	SI	20,0	0,0	0,0	0,0	20,0
	NO	80,0	100,0	100,0	100,0	80,0
	AV	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

RESPUESTAS A ÍTEMS MARZO 2014						
FAMILIAS		1	2	3	4	5
1		NO	NO	NO	NO	NO
2		NO	NO	NO	NO	NO
3		NO	NO	NO	NO	NO
TOTALES	SI					
	NO	3	3	3	3	3
	AV					
TOTALES EN %	SI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	NO	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	AV	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

RESPUESTAS A ÍTEMS JUNIO 2014						
FAMILIAS	1	2	3	4	5	6 NUEVO
1	NO	NO	NO	NO	NO	SI
2	NO	NO	NO	NO	NO	SI
3	NO	NO	NO	NO	NO	SI
4	NO	NO	NO	NO	NO	SI
5	AV	NO	NO	NO	NO	SI
6	NO	NO	NO	NO	NO	SI
7	NO	NO	NO	NO	NO	SI
8	NO	NO	NO	NO	NO	SI
9	AV	NO	NO	NO	NO	SI
10	NO	NO	NO	NO	NO	SI
11	NO	NO	NO	NO	NO	SI
12	NO	NO	NO	NO	NO	SI
13	NO	NO	NO	NO	NO	SI
14	NO	NO	NO	NO	NO	SI
15	NO	NO	NO	NO	NO	SI
16	NO	NO	NO	NO	NO	SI
17	NO	NO	NO	NO	NO	SI
18	NO	NO	NO	NO	NO	SI
19	NO	NO	NO	NO	NO	SI
20	NO	NO	NO	NO	NO	SI
21	NO	NO	NO	NO	NO	SI
22	NO	NO	NO	NO	NO	SI

23		NO	NO	NO	NO	NO	SI
24		NO	NO	NO	NO	NO	SI
TOTALES	SI						24
	NO	22	24	24	24	24	
	AV	2					
TOTALES EN %	SI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	NO	91,7	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
	AV	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

RESPUESTAS A ÍTEMS DICIEMBRE 2014							
FAMILIAS		1	2	3	4	5	6
1		NO	NO	NO	NO	NO	SI
2		NO	NO	NO	NO	NO	SI
3		NO	NO	NO	NO	NO	SI
4		NO	NO	NO	NO	NO	SI
5		AV	NO	NO	NO	NO	SI
6		NO	NO	NO	NO	NO	SI
7		NO	NO	NO	NO	NO	SI
8		NO	NO	SI	NO	NO	SI
9		AV	NO	NO	NO	NO	SI
10		NO	NO	NO	NO	NO	SI
11		NO	NO	NO	NO	NO	SI
12		NO	NO	NO	NO	NO	SI
13		NO	NO	NO	NO	NO	SI
14		NO	NO	NO	NO	NO	SI
15		NO	NO	NO	NO	NO	SI
16		NO	NO	NO	NO	NO	SI
17		NO	NO	NO	NO	NO	SI
18		AV	NO	NO	NO	NO	SI
19		AV	NO	NO	NO	NO	SI
20		NO	NO	NO	NO	NO	SI
21		NO	NO	NO	NO	NO	SI
TOTALES	SI			1			21

	NO	17	21	20	21	21	
	AV	4					
TOTALES EN %	SI	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	100,0
	NO	81,0	100,0	95,2	100,0	100,0	0,0
	AV	19,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Anexo VI: MERE.

1. Vista general de la herramienta con el Número de Prioridad de Riesgo (NPR) calculado:

Nombre del Sistema (Título):		MERE DE LA RESIDENCIA VIRGEN DEL VALLE DE CENICERO									Fecha MERE:
Responsable (Dpto. / Área del Centro):		TÉCNICOS QUE FORMAN EL COMITÉ DE ÉTICA DEL CENTRO									18/10/2013
Responsables de MERE :		COMITÉ DE ÉTICA Y CONSEJO DE PARTICIPACIÓN									REV.: 2017
Función o Componente del Servicio	Modo de Fallo (Estudio de las 17 áreas de la herramienta de F.G. Reamer)	Efecto	Causas (Ver desglose en pestañas)	Método de detección	G gravedad	F frecuencia	D detección	NPR inicial	Acciones recomendadas	Responsable	Acción tomada
MEDICIÓN RIESGO ÉTICO	Derechos del cliente/usuario: el organismo no cuenta con políticas y procedimientos relativos a los derechos de los usuarios.	Falta de garantía de los derechos de los usuarios. Insatisfacción del usuario.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	A través de quejas, reclamaciones, denuncias y no conformidades.	3	8	9	216	Definir un procedimiento de derechos de los usuarios	Dirección, Equipo Técnico y Comité Ético	El Equipo realiza cronograma y temporalización de todas las actividades definidas en el procedimiento.
	La confidencialidad y la privacidad: la organización no cuenta con políticas y procedimientos adecuados en materia de confidencialidad y privacidad.	Acceso fácil a documentación confidencial. No garantía de la confidencialidad y privacidad del usuario.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	Falta de privacidad en el cuidado y aseo diario. Atención inadecuada. Quejas, reclamaciones, denuncias y no conformidades.	4	9	8	288	Definir un procedimiento de confidencialidad y privacidad	Dirección, Equipo Técnico y Comité Ético	El Equipo realiza cronograma y temporalización de todas las actividades definidas en el procedimiento.
	Consentimiento informado: la organización no tiene políticas apropiadas y procedimientos en su sitio para asegurar el	No garantía de dar la información adecuada a la persona adecuada.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de	A través de quejas, reclamaciones, denuncias, no conformidades y	4	8	8	256	Definir un procedimiento de consentimiento informado	Dirección, Equipo Técnico y Comité Ético	El Equipo realiza cronograma y temporalizarían de todas las

consentimiento informado adecuado.		riesgo (Según F.G. Reamer).	también a través del análisis y gestión del CMI (cuadro de mando integral).							actividades definidas en el procedimiento.
Prestación de servicios: la organización no tiene políticas y procedimientos establecidos para asegurar una correcta prestación de los servicios, ni tampoco para el empleo de intervenciones no tradicionales o experimentales.	Cuidados asistenciales inadecuados. Disminución en la autoestima del residente e inexistencia evidente de evolución (PAI).	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	Quejas, reclamaciones, denuncias y no conformidades. También se detectará a través de las encuestas de satisfacción de los diferentes servicios, del CMI y por último a través de la ocurrencia de eventos adversos no deseados.	2	5	6	60			
Problemas de limitación y conflicto de intereses: la organización no cuenta con políticas y procedimientos adecuados relacionados con el manejo, por parte de los empleados, de problemas sobre límites y conflictos de intereses.	Falta de objetividad y excesiva involucración en determinados casos. Insatisfacción y baja autoestima en el usuario.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	Supervisión. Quejas y reclamaciones de evidentes relaciones inadecuadas entre el profesional y el usuario (abusos físicos, psicológicos y materiales).	2	4	5	40			
Documentación: la organización no cuenta con políticas y procedimientos establecidos para asegurar la debida documentación.	Desorganización documental y falta de trazabilidad en la misma.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de	Auditorías internas y externas suspendidas no conformes a la	2	5	4	40			

		riesgo (Según F.G. Reamer).	norma de calidad.								
Información de carácter difamatorio: la organización no cuenta con políticas adecuadas y procedimientos para evitar la información de carácter difamatorio.	Alteración de la imagen y prestigio de la organización, con la pérdida de usuarios internos y externos.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	Difamaciones.	3	6	5	90				
Registros de los usuarios: la organización no cuenta con políticas y procedimientos para garantizar el adecuado manejo de los registros de usuarios.	Falta de seguridad en el centro.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	Pérdida de expedientes.	1	2	2	4				
Supervisión: la organización no cuenta con políticas y procedimientos establecidos para garantizar una supervisión adecuada del personal.	Quejas y reclamaciones de usuarios, familiares y Administración.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	Comportamientos poco éticos y aptitud de incompetencia e incapacidad en los supervisados.	3	7	8	168				
El desarrollo y la formación del personal: la organización no cuenta con políticas y procedimientos establecidos para asegurar	Baja calidad técnica y ética.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de	Supervisión del trabajo desarrollado por los profesionales.	1	3	4	12				

que el personal tenga la formación adecuada.		riesgo (Según F.G. Reamer).										
Consulta: la organización no cuenta con políticas y procedimientos establecidos para asegurar que el personal busque un asesoramiento adecuado.	Los profesionales siguen procedimientos inadecuados en relación a sus consultas.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	Acciones erróneas tras consultar a los asesores provocando quejas y denuncias.	2	5	6	60					
Derivación/remisión del usuario: la organización no cuenta con políticas y procedimientos adecuados para garantizar que el personal remita los usuarios a otros servicios cuando sea necesario.	Derivaciones a otros especialistas inoportunas y/o incorrectas.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	Quejas y reclamaciones tanto de residentes, acompañantes, familiares e, incluso de los propios profesionales a los cuales han sido derivados nuestros usuarios.	2	5	5	50					
Fraude: la organización no cuenta con políticas y procedimientos adecuados en el lugar para prevenir el fraude.	Fraude económico. Baja calidad en los servicios prestados.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	Descuadre en facturación, absentismo laboral sin justificación, etc.	1	4	5	20					
Finalización de los servicios y abandono del usuario: la	Mala o deficiente redacción de	Cuestiones clave no	Quejas, reclamaciones,	1	3	3	9					

organización no cuenta con políticas y procedimientos establecidos para asegurar la finalización correcta de los servicios.	contratos y cláusulas.	resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	denuncias y no conformidades.								
Desgaste del profesional: la organización no tiene políticas y procedimientos apropiados para tratar el desgaste del profesional.	Descenso de la calidad de sus funciones.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	Malestar del personal con desgaste. Quejas o reclamaciones por parte de los usuarios.	1	5	4	20				
Evaluación e investigación: la organización no cuenta con políticas y procedimientos adecuados para el seguimiento y evaluación de los servicios, políticas y programas, y para proteger a los participantes de la evaluación y la investigación.	Uso de métodos/valoraciones obsoletas e inadecuadas. Derechos de los usuarios no respetados.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	Evaluación y control del Plan de Atención Individual con carencias. Poca o inexistente mejora o evolución del usuario.	3	6	7	126				
Toma de decisiones éticas: la organización no cuenta con políticas y procedimientos establecidos para asegurar buenas decisiones éticas.	No respeto de los principios básico éticos.	Cuestiones clave no resueltas de esta área de riesgo (Según F.G. Reamer).	Insatisfacción manifestada por el usuario a la hora de ayudarle a resolver conflictos éticos.	1	3	3	9				

2. Desglose área por área en la que se señalan las cuestiones clave no resueltas:

ÁREA 1: DERECHOS DEL USUARIO		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Confidencialidad y privacidad	x
2	Consentimiento informado y divulgación de la información	x
3	Opciones para los servicios y referencias alternativas	
4	Acceso a los registros	x
5	Derecho a participar en la formulación de planes de servicio	
6	Derecho a rechazar los servicios	
7	Finalización de servicios	
10	Procedimientos para la presentación de reclamaciones/quejas	x
11	Protección de los participantes en la evaluación y la investigación	

Observaciones: pese a que algunas de las cuestiones no resueltas sí que se realizan correctamente, **se considera la necesidad** de la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

Otra observación a tener en cuenta en el resto de áreas: de las cuestiones resueltas es debido a que o bien están desarrolladas completamente o bien no afectan a nuestro centro.

ÁREA 2: CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Leyes, normas éticas y reglamentos relativos a la confidencialidad	x
2	Medidas específicas que el profesional tomará para proteger la confidencialidad (almacenamiento de registro seguro, etc)	x
3	Procedimientos que se utilizarán para obtener el consentimiento informado	x
4	Procedimientos que se utilizarán para compartir información con colegas	x
5	Solicitud de información privada de los usuarios	x
6	Divulgación de información confidencial para proteger a los usuarios de auto-perjuicios y para proteger de daño a terceros	x
7	Divulgación de información confidencial relacionada con los servicios y el tratamiento del alcohol y el abuso de sustancias	

8	Divulgación de información acerca de usuarios fallecidos	
9	Divulgación de información confidencial a los padres de usuarios menores y/o tutores legales (por ejemplo en los casos de personas mayores)	x
10	Intercambio de información confidencial entre las partes en familia, parejas, terapia de pareja y grupo	
11	Divulgación de información confidencial a representantes de medios de comunicación, agentes de la ley, etc.	x
12	Protección de los registros escritos y electrónicos confidenciales, información transmitida a terceros por mail, fax, etc.	x
13	Transferencia y/o eliminación de los registros de los usuarios	x
14	Protección de la confidencialidad del usuario en caso de fallecimiento, incapacidad o rescisión de la relación laboral	x
15	Precauciones para que los profesionales hablen sobre información confidencial en público o áreas semipúblicas	x
16	Divulgación de información confidencia a compañías de seguros o empresas de servicios	x
17	Divulgación de información confidencial a los asesores	x
18	Divulgación de información confidencial para propósitos educativos o de formación	x
19	Protección de la confidencialidad del usuario durante procesos judiciales	x
20	Protección de la confidencialidad del usuario durante la investigación y la evaluación	x
21	Proveer al personal de espacio para oficinas y áreas de reunión apropiados para garantizar la confidencialidad y la privacidad	
22	Proveer al personal de equipo de oficina y tecnología adecuados para garantizar la confidencialidad y la privacidad	

Observaciones: pese a que algunas de las cuestiones no resueltas sí que se realizan correctamente, **se considera la necesidad** de la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Las decisiones de autorización por parte del usuario no deben verse afectadas por coacción o influencia indebida	x
2	Los usuarios tienen que ser mentalmente capaces de proporcionar su autorización, entender lenguaje y términos.	x
3	Los formularios de consentimiento tienen que ser validados	x
4	Explicación verbal adecuada del procedimiento de consentimiento	x
5	Renovación periódica del consentimiento de los usuarios	x
6	Uso apropiado de los traductores e intérpretes	
7	Excepciones al requisito del consentimiento informado	x

Observaciones: pese a que algunas de las cuestiones no resueltas sí que se realizan correctamente, **se considera la necesidad** de la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 4: PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Habilidades profesionales	x
2	Formación profesional y preparación	x
3	Licencia y certificación	
4	Asesoramiento recibido	
5	Experiencia supervisada	x
6	Experiencia profesional	x

ÁREA 4: EMPLEO DE INTERVENCIONES NO TRADICIONALES O EXPERIMENTALES		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Uso adecuado de intervenciones no tradicionales o experimentales	
2	Consulta apropiada de bibliografía profesional	
3	Formación adecuada	
4	Asesoramiento adecuado de reconocidos colegas	
5	Uso apropiado de supervisión	

Observaciones: la cuestión no resuelta sí se realiza correctamente, pero **se considera oportuno** y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 5: PROBLEMAS DE LIMITACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Relaciones sexuales con usuarios actuales	
2	Relaciones sexuales con antiguos usuarios	
3	Apoyo psicológico a ex parejas sexuales	
4	Relaciones sexuales con parientes o conocidos de los usuarios	x
5	Relaciones sexuales con personas supervisadas, aprendices, estudiantes y colegas	x
6	Contacto físico con los usuarios	
7	Amistad con usuarios actuales	x

8	Amistad con antiguos usuarios	x
9	Encuentros con usuarios en lugares públicos	x
10	Asistencia a acontecimientos sociales, religiosos o del ciclo vital de los usuarios	x
11	Regalos de los usuarios	x
12	Regalos a los usuarios	x
13	Favores a usuarios	
14	Prestación de servicios en los hogares de los usuarios	
15	Conflictos de interés financiero	
16	Prestación de servicios a dos o más personas que mantienen una relación entre sí	
17	Intercambio de bienes y servicios con usuarios	
18	Relaciones con los usuarios de pequeñas comunidades o rurales	
19	Autorrevelación a los usuarios	
20	Relaciones profesionales con un antiguo usuario	
21	Contratación de antiguos usuarios	
22	Conflictos de interés financiero para los administradores o el personal de la organización	
23	Conflictos de interés financiero para los miembros de la directiva de la organización	

Observaciones: pese a que algunas de las cuestiones no resueltas sí que se realizan, **se considera oportuno** y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 6: DOCUMENTACIÓN		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Historias sociales, evaluaciones y planes de tratamiento	
2	Procedimientos de consentimiento informado	x
3	Contactos con usuarios (tipo, fecha, hora)	
4	Contactos con terceras partes	x
5	Consulta con otros profesionales	x
6	Decisiones tomadas e intervenciones / servicios realizados	
7	Incidentes críticos	

8	Instrucciones, recomendaciones, consejos, referencias a especialistas	x
9	Citas suspendidas y canceladas	
10	Evaluaciones psicológicas, psiquiátricas y médicas anteriores o actuales	
11	Información sobre tasas, costes, pagos	
12	Finalización de los servicios	
13	Evaluación final	
14	Inclusión/copias de los documentos pertinentes (por ejemplo, formularios de consentimiento)	

Observaciones: pese a que algunas de las cuestiones no resueltas sí que se realizan correctamente, **se considera oportuno** y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías para realizar lo indicado de una manera más exhaustiva. Vemos que esta área está relacionada con la 1 y 2

ÁREA 7: INFORMACIÓN DE CARÁCTER DIFAMATORIO (INJURIAS)		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Libelo (difamación que se produce por escrito)	
2	Calumnia (difamación que se produce de forma oral)	x

Observaciones: la cuestión no resuelta sí se realiza correctamente, pero **se considera oportuno** y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 8: REGISTROS DE LOS USUARIOS		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Almacenamiento seguro de los registros	x
2	Retención adecuada de los registros	
3	Mantenimiento de registros en caso de discapacidad, incapacitación, finalización de prácticas o fallecimiento del profesional	

Observaciones: la cuestión no resuelta sí se realiza correctamente, pero se considera oportuno y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 9: SUPERVISIÓN		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Los supervisores proporcionan la información necesaria para que los supervisados obtengan el consentimiento informado de los usuarios	x
2	Los supervisores observan los esfuerzos de los supervisados para desarrollar y aplicar planes de tratamiento y de intervención exhaustivos	
3	Los supervisores identifican y responden a los errores de los supervisados en todas las fases de contacto con el usuario, tales como la divulgación indebida de información confidencial	
4	Los supervisores saben cuándo los usuarios de los supervisados deben ser reasignados, transferidos, o que finalice su tratamiento	
5	Los supervisores deben saber cuándo los supervisados deberían concertar asesoramiento	
6	Los supervisores observan la aptitud de los supervisados y su buena voluntad para hacer frente a la incompetencia, incapacidad y el comportamiento poco ético	
7	Los supervisores observan los límites adecuados entre los supervisados y sus usuarios	
8	Los supervisores protegen a terceras partes de daños físicos	
9	Los supervisores detectan o detienen un plan de tratamiento negligente o un tratamiento llevado a cabo durante más tiempo del necesario	
10	Los supervisores determinan si se necesita un especialista para el tratamiento de un usuario en particular	x
11	Los supervisores se reúnen regularmente con los supervisados	
12	Los supervisores revisan y aprueban los registros, las decisiones y las acciones de los supervisados	
13	Los supervisores proporcionan una cobertura adecuada en ausencia de una persona supervisada	
14	Los supervisores documentan la supervisión proporcionada	
15	Los supervisores respetan unos límites adecuados en su relación con los supervisados	
16	Los supervisores proveen a los supervisados de evaluaciones y retroalimentación oportunas y de cumplimento informativo	
17	Los supervisores preparan los acuerdos de supervisión por escrito	
18	Los supervisores son receptivos a los esfuerzos de los supervisados por plantear preocupaciones y cuestiones éticas	
19	Los supervisores proporcionan a los supervisados tiempo suficiente y cargas de trabajo adecuadas que les permitan cumplir con sus responsabilidades profesionales	x
20	Los supervisores tienen el tiempo suficiente en sus cargas de trabajo para proporcionar una supervisión adecuada	

Observaciones: pese a que algunas de las cuestiones no resueltas sí que se realizan correctamente, se considera oportuno y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 10: DESARROLLO Y FORMACIÓN DEL PERSONAL		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Habilidades prácticas pertinentes	
2	Ética profesional y responsabilidad	
3	Estatutos y regulaciones federales, estatales y locales pertinentes	
4	Herramientas de evaluación	
5	Técnicas de intervención	
6	Métodos de evaluación	
7	Asistencia en casos de emergencia y prevención del suicidio	
8	Supervisión de los usuarios en programas residenciales	x
9	Confidencialidad y comunicación privilegiada	x
10	Consentimiento informado	x
11	Tratamiento y prestación de servicios inadecuados	
12	Información de carácter difamatorio (injurias)	
13	Problemas de límites en las relaciones con usuarios y colegas (relaciones de dos o más personas)	
14	Consulta y derivación a los colegas y especialistas	
15	Fraude y engaño	
16	Finalización de los servicios	

Observaciones: las cuestiones no resueltas sí se realizan correctamente, pero se considera oportuno y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 11: CONSULTA		
Cuestiones clave		No resueltas
1	El personal consulta a asesores cuando es necesario	x
2	El personal examina a los asesores para cerciorarse de su competencia	x

Observaciones: la cuestión no resuelta sí se realiza correctamente, pero **se considera oportuno** y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 12: DERIVACIÓN DEL USUARIO		
Cuestiones clave		No resueltas
1	El personal remite los usuarios a especialistas cuando es necesario	
2	El personal examina a los especialistas para la derivación de usuarios con el fin de cerciorarse de su competencia	x
3	El personal controla las remisiones (realiza un seguimiento)	x

Observaciones: la cuestión no resuelta sí se realiza correctamente, pero **se considera oportuno** y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 13: FRAUDE		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Documentación en los registros de usuarios (por ejemplo, contactos de los usuarios, servicios prestados).	
2	Facturación	
3	Registros del personal (por ejemplo, solicitudes de empleo, comprobantes de gastos, permisos de ausencia personal)	x

Observaciones: la cuestión no resuelta sí se realiza correctamente, pero **se considera oportuno** y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 14: FINALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y ABANDONO DEL USUARIO		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Finalización de servicios como resultado de la salida de un empleado	
2	Finalización de servicios como consecuencia del impago, por parte del usuario, de un saldo pendiente	
3	Finalización de servicios como consecuencia de incumplimiento por parte del usuario	x
4	Notificación de usuarios que han finalizado	
5	Documentación de decisiones y acciones sobre la finalización de servicios	x
6	Prestación de servicios en situaciones de emergencia	x

Observaciones: las cuestiones no resueltas sí se realizan correctamente, pero **se considera oportuno** y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 15: DESGASTE DEL PROFESIONAL		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Familiaridad del personal con la naturaleza, las causas y las muestras del desgaste	
2	Uso de estrategias del personal para abordar el desgaste de los colegas	x
3	Uso de estrategias del personal para hacer frente al propio desgaste/deterioro de los profesionales	x

Observaciones: las cuestiones no resueltas sí se realizan correctamente, pero **se considera oportuno** y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías. Relacionado con el área 10 de formación.

ÁREA 16: EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Realizar investigaciones y evaluar los programas, políticas y servicios	
2	Mantenerse al día con los nuevos conocimientos pertinentes, y hacer uso de evaluaciones y pruebas de investigación durante la práctica profesional	x
3	Seguir las pautas desarrolladas para la protección de los participantes en la evaluación y la investigación	x

4	Obtener el consentimiento informado voluntario y por escrito de los participantes en la evaluación y la investigación, en su caso	x
5	Informar a los participantes sobre su derecho a retirarse de la evaluación y la investigación en cualquier momento, sin penalización	
6	Tomar las medidas necesarias para garantizar que los participantes en la evaluación y la investigación tienen acceso a los servicios de apoyo apropiados	
7	Proteger a los participantes en la evaluación y la investigación de toda angustia física o mental, daño, peligro o privación injustificados	
8	Debatir sobre la información recopilada sólo con fines profesionales y únicamente con personas involucradas profesionalmente con esta información	
9	Asegurar el anonimato o confidencialidad de los participantes y de los datos obtenidos por ellos, en la medida permitida por la ley y los reglamentos	
10	Proteger la confidencialidad de los participantes en la investigación y la evaluación mediante la omisión de datos de identificación, a menos que se haya obtenido consentimiento autorizando su publicación	
11	Informar de los resultados de la evaluación y la investigación con precisión	
12	Evitar los conflictos de interés y las relaciones bipersonales con los participantes en la evaluación y la investigación	

Observaciones: las cuestiones no resueltas sí se realizan correctamente, pero se considera oportuno y conveniente la existencia de un procedimiento donde se recojan protocolos, registros y/o guías.

ÁREA 17: TOMA DE DECISIONES ÉTICAS		
Cuestiones clave		No resueltas
1	Capacidad del personal para reconocer dilemas éticos	
2	Familiaridad y capacidad del personal para usar protocolos destinados a la toma de decisiones éticas	
3	Familiaridad y capacidad del personal para usar: Teorías, principios y directrices éticas, códigos de ética, principios jurídicos y asesoramiento ético	x
4	Documentación de las decisiones éticas	
5	Seguimiento y evaluación de las decisiones éticas	

Observaciones: puesto en marcha comité de ética

3. Instrucciones generales:

Criterios para la puntuación del MERE

GRAVEDAD (SEGÚN LAS INSTRUCCIONES DE F. REAMER)	FRECUENCIA	DETECTABILIDAD
Alto riesgo 4 puntos Riesgo moderado 3 puntos Mínimo riesgo 2 puntos Sin riesgo 1 punto	Frecuente 9-10 Ocasional 7-8 Infrecuente 5-6 Remoto 1-4	Baja 9-10 Ocasional 7-8 Moderada 5-6 Alta 1-4

Gravedad

- Sin riesgo : las prácticas actuales son aceptables y no requieren modificación
- Mínimo riesgo: las prácticas actuales son razonablemente adecuados; pequeñas modificaciones, sería útil.
- Riesgo moderado: las prácticas actuales son problemáticos; modificaciones son necesarias para minimizar el riesgo
- Alto riesgo: las prácticas actuales presentan graves deficiencias; significativas modificaciones son necesarias para minimizar el riesgo
- *Los temas que no son aplicables reciben una puntuación de 0.*

Frecuencia

- Remoto: aparición improbable (puede ocurrir una vez en un período superior a 5 años)
- Infrecuente: aparición posible (puede ocurrir en alguna ocasión en 2-5 años)
- Ocasional: es probable que ocurra (varias veces en 1-2 años)
- Frecuente: probable aparición de forma inmediata o en un período corto (puede ocurrir varias veces en un año)

Detectabilidad

- Alta: el fallo es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes antes de que llegue al paciente
- Moderada: el fallo, aunque es obvio y fácilmente detectable, podría en alguna ocasión escapar a los controles, aunque sería detectado casi siempre antes de que llegara al usuario
- Ocasional: el fallo es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con los procedimientos establecidos hasta el momento
- Baja: el fallo no puede detectarse. Casi seguro que llegará el efecto al usuario

Observaciones de la tabla MERE

El efecto y el método de detección:
Dado que esta herramienta nos ayudará a prever lo que puede ocurrir, estos dos conceptos son de carácter futuro. Queremos prevenir los efectos y consecuencias.
Las causas:
Son de carácter presente ya que el objetivo es buscar los riesgos existentes en cada área (detectando las carencias o los incumplimientos de las cuestiones clave) para prevenir los posibles efectos y consecuencias.

Participantes en la puntuación del MERE

Consejo de participación del centro
Comité de ética del centro

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, Juan Carlos (2004). "Comités de ética asistencial". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores. N° 18. [Fecha de publicación: 02/04/2004]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/alvarez-comites.01.pdf>

Ballester, A. (2009). "Dilemas éticos en trabajo social: el Modelo de la Ley Social". Revista Portuaria. Vol. 9. N°2 (pp. 123-131).

Ballester, A., Úriz, M. J. y Viscarret, J.J. (2012). "Dilemas éticos de las trabajadoras y los trabajadores sociales en España". *Pepers: Revista de Sociología*. Vol. 97. N°4 (pp. 875-898).

Ballester, A., Viscarret, J.J. y Úriz, M.J (2011). "Cómo resuelven dilemas éticos los trabajadores sociales en España". *Revista Portuaria*. Vol. 11. N°2 (pp. 47-59).

Ballester, A., Úriz, M. J. y Viscarret, J.J. (2012). "Dilemas éticos de las trabajadoras y los trabajadores sociales en España". *Pepers: Revista de Sociología*. Vol. 97. N°4 (pp.875-898).

Banks, S. (1997). *Ética y valores en el trabajo Social*, Barcelona: Paidós.

Barker, R.L & Branson, D. M. (2000). *Forensic Social Work*, New York: Haworth Press (2ª ed.).

Barrio del Castillo, I. *et al.* "El estudio de casos". Inédito, Universidad Autónoma de Madrid.

Bellot, J. (2001). "Ética y personas Mayores". *Revista 60 y más*. N° 192 (pp. 4-5).

Berliner, A. K. (1989). *Misconduct in social work practice*. *Social Work*, 34, 69-72

Bermejo F.J. (2002). *La Ética del Trabajo Social*. Bilbao: Desclée, S.A.

Bermejo, F. J. (1996). *Ética y Trabajo Social*, Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Bernstein, B. & Hartsell, T. (1998). *The Portable Lawyer for Mental Health Professionals*, New York: John Wiley & Sons.

Bernstein, B. & Hartsell, T. (2000). *The Portable Ethicist for Mental Health Professionals*, New York: John Wiley & Sons.

Bertrán, J.M., *et al.* (2005). *Intimidad, confidencialidad y secreto*. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid: Ergon.

Bersharov, D. (1985). *The Vulnerable Social Worker*, Silver Spring, MD: National Association of Social Workers.

- Bullis, R. K. (1995). *Clinical Social Worker Misconduct*, Chicago: Nelson-Hall.
- Burgueño, A.A. (2012). "Informe Sujeciones Físicas en personas con Enfermedad de Alzheimer". [Fecha de publicación: 5/10/2012] <https://es.slideshare.net/Alzheimer/antonio-burgueo-uso-de-sujeciones>
- Camps, V. (2011). *"El Valor Del Cuidado"*. IMSERSO Envejecimiento activo. Libro Blanco (1ª ed.) Capítulo 17 (pp. 640-677).
- Cánimas i Brugué, J. (2006). "La ética aplicada a la intervención social". *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, del Consejo general de Colegiados oficiales de Diplomados en trabajo Social. Nº 73 (pp. 135-144).
- Carpenito L.J. (1995). *Manual de diagnóstico de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill.
- Centro de Sistemas de Información, Comité de Ética Asistencial (1998). *Recomendaciones sobre la Confidencialidad en la Corporación Sanitaria Parc Taulí*. Sabadell: Corporación Sanitaria Parc Taulí.
- C.I.S. (2017). "Cómo se hacen las encuestas". http://www.cis.es/cis/opencms/ES/1_encuestas/ComoSeHacen/comosehacen.html
- Código Deontológico de la profesión de Trabajo Social en España (2012).
- Cohen, R. J., & Mariano, W. E. (1982). *Legal guidebook in mental health*. New York: Free Press.
- Comunidad Foral de Navarra (2010). Decreto Foral 60/2010, de 20 de septiembre, por el que se regula el Comité de Ética en la atención social de Navarra y los Comités de Ética de carácter sectorial o de centro. Boletín nº 127 de fecha 20 de octubre de 2010.
- Conde Ortiz, C. (2005). *La Protección de Datos Personales: un derecho autónomo con base en los conceptos de intimidad y privacidad*. Madrid: Dykinson.
- Congress, E. (1999). *Social Work Values and Ethics. Identifying and Resolving Professional Dilemmas*, Belmont (USA): Wadsworth.
- Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla la Mancha (2001). *Modelo Básico de Atención en Residencia para Personas Mayores*.
- Consejería de Bienestar Social del Principáu d'Asturies (2008). *Carta de derechos y deberes de las personas usuarias que viven en Residencias del Principado de Asturias*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies (2009). *Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia*.
- Cortina, A. (1995). "ETNOR: una fundación para la ética de la empresa". *Revista Economistas*. Nº 65. (pág. 117).

Cortina, A., Conil, J., Domingo, A. y García-Marzá, D. (1994). *Ética de la empresa. Claves para una nueva cultura empresarial.*, Madrid: Trotta, S.A.

Delgado, M.T., (2000). Secreto profesional y confidencialidad en atención primaria. *Dimens Hum*; 4: 28-30.

Department of Health Social Services Inspectorate (2001). "Las residencias son para vivir. Modelo para evaluar la calidad de la atención y la calidad de vida en las residencias para personas mayores". Ministerio de Salud de Gran Bretaña. Londres.

Dickson, D. T. (1995). *Law in the health and human services*. New York: Free Press.

Envejecimiento en Red (2015). "Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de junio de 2015". Madrid, *Informes en Red*, nº 13. [Fecha de publicación: 30/09/2015].
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadiscasresidencias2015.pdf>

Equipo Portal Mayores (2006). "Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales, 2005". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 45. [Fecha de publicación: 03/02/2006].
<http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-distribucionresidencias-02.pdf>

Equipo Portal Mayores (2006). "Estadísticas sobre residencias: centros y plazas según tipo de alojamiento, tipología y titularidad. Datos a 2 de marzo de 2006". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 49. [Fecha de publicación: 14/03/2006].
<http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-residenciastipos-01.pdf>

Fausel, D. F. (1988). Helping the helper heal: Co-dependency in helping professionals. *Journal of Ondependent Social Work*, 3(2), 35-45.

Fernández, J. L. (1996). "El profesional y las organizaciones: algunos problemas éticos", en Bermejo, F. J. (1996) *Ética y Trabajo Social*, Madrid: Universidad Pontificia de Comillas (pp. 105-131 y pp. 139-154).

Forni, P. (2010). "Los estudios de caso: Orígenes, cuestiones de diseño y sus aportes a la teoría social". *Miríada*. Año 3 No. 5.

Fundació per a la motivació dels recursos humans. Unidad de Conocimiento (2005). "El cuadro de mando integral."

Gambrill, E. & Pruger, R. (eds) (1997). *Controversiial Issues in Social Work: Ethics, Values and Obligations*, Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

García, B. (2007). "Los profesionales del Trabajo Social y la ética profesional ante los nuevos retos y necesidades sociales".

García-Campero, I. (2003). "Apuntes de buenas prácticas en la atención residencial a las personas mayores: una perspectiva normativa, deontológica y de calidad". *Miscelánea Comillas: Revista de teología y ciencias humanas*. Vol. 61, Nº 119 (pp. 651-675).

García Férrez, J (2001). "Aspectos bioéticos de la enfermedad de Alzheimer". *Proyección* 2002 (pp. 191-234).

García Férrez, J. (2003). "Bioética y Personas Mayores". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 4. [Fecha de publicación: 31-03-2003] <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>

García-Marzá, D. (1996). *La Ética como instrumento de gestión empresarial*. Fundación ETNOR para la Ética de los Negocios y de la Organizaciones. Bancaixa: Universitat Jaume I, D.L.

Goikoetxea, M. (2013). "Ética y buen trato a personas mayores". *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*. Nº 41. (pp. 424-448).

González, F. y Galán (2009). "La formación en Trabajo Social con personas mayores". *Revista Trabajo social hoy*. ISSN 1134-0991. Nº. 58 (pp. 39-43).

González R. (2016). "Un hogar de cuidado...s". *Diario La Rioja*, nº41475, (pp. 3-5).

Gracia D. (1998). "La ética de los comités de ética", en: *Ética y Vida (t.2) Bioética clínica*, Santa Fe de Bogotá, El Búho, (pp. 123-129).

Gracia, D. (2000). "*La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica*". En Sarabia J. y De los Reyes M. (edit.), *Comités de ética asistencial*, Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y clínica (pp. 26-35)

Guillén, M. (2006). *Ética en las organizaciones. Construyendo confianza*. Madrid: Pearson.

Hogan, D. B. (1979). *The regulation of psychotherapists*. Vol. 1: A study in the philosophy and practice of professional regulation. Cambridge, MA: Ballinger.

Houston-Vega, M. K. Nuehring, E. M. & Daguio, E. R. (1997). *Prudent Practice: A Guide for Managing Malpractice Risk*, Washington, DC: NASW Press.

IMSERSO (2011). *Envejecimiento activo. Libro Blanco* (1ª ed.).

Iraburu, M. (2006). "Confidencialidad e intimidad". *An- Sist. Sanit. Navar*. Vol. 29. Suplemento 3. (pp. 49-59).

Iraburu, M. et al (2012). "Cultura de la confidencialidad en los hospitales del norte de España". *Barcelona: Medicina Clínica*; 139(2) (pp. 76-81).

Jayaratne, S., Croxton, T., & Mattison, D. (1997). *Social work professional standards: An exploratory study*. *Social Work*, 42, 187-98.

Joseph, M. V. (1989). "Social Work Ethics: Historical and Contemporary Perspectives", *Social Thought*, 15, 4-17.

Júdez, J., et al. (2002). "La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información". *Medicina Clínica*. Barcelona. Nº 118 (pp. 18-37).

Junta de Castilla y León (2010). *Guía de Consentimiento informado*.

Kagle, J. D., & Giebelhausen, P. N. (1994). Dual relationships and professional boundaries. *Social Work*, 39, 213-220

La Rioja (1998). Decreto 27/1998, de 6 de marzo, por el que se regulan las categorías y requisitos específicos, de los Centros Residenciales de Personas Mayores en La Rioja. Boletín Oficial de La Rioja nº. 29 de fecha 7 de Marzo de 1998.

Latorre, A., et al (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Hurtado.

León, E.F. (2003). "Trabajo Social en residencias de personas mayores", en Martín García, M. (2003). *Trabajo Social en Gerontología*, Madrid; Síntesis. ISBN 84-9756-123-6 (pp. 275-290).

Leturia, F.J. y Etxaniz, N. (2009). "Los Derechos de las personas Mayores y la Prevención del maltrato". Ararteko.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE nº 298, de 14 diciembre de 1999.

Libro Verde: Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas. (2001). Comisión de la Comunidades Europeas. Bruselas.

Lima, A.I. (2008). "Desde dónde abordar la ética en Trabajo Social". 1ª Jornada de Trabajo Social. Una mirada Ética a la profesión. Álava. (pp. 65-76).

Loewenberg, F.M & Dolgoff, R. (1996). *Ethical Decisions for Social Work Practice*, Itasca, Illinois: Peacock Publishers.

Martínez, A. (1999). "Aspectos legales y consideraciones ética básicas relacionadas con las personas mayores y las residencias". En Rodríguez, P. *Residencias para personas mayores: manual de orientación*. Madrid: Médica panamericana (pp. 143-162).

Marroquín, M.T., (2000). "Secreto profesional y confidencialidad en atención primaria". *Dimens Hum*.

Masía, J. (2004). *La gratitud responsable. Vida, sabiduría y ética*. Colección Cátedra de Bioética nº 11, Universidad de Comillas. Madrid: Descleé de Brouwer.

Medina, M.E. (2000). "Trabajo Social y personas mayores", en Martínez, M. J. (2000) *Para el trabajo social. Aportaciones teóricas y prácticas*, Granada: Maristán. ISBN: 607-0618-4 (pp. 421-448).

Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education: a qualitative approach*. San Francisco: Josey-Bass Publishers.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (2004). NTP 679: "Análisis modal de fallos y efectos. AMFE".

Molina, M. V. y Castillo, A. (1996). "Algunos problemas éticos de la práctica del trabajo social", en Bermejo, F. J. (1996). *Ética y Trabajo Social*, Madrid: Universidad Pontificia de Comillas (pp. 181-188).

Moya, A. y Barbero, J. (2006). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

National Association of Social Workers (1994). *Guidelines for clinical social work supervision*. Washington, DC: Author.

Ortiz, A. y Burdiles, P. (2010). "Consentimiento Informado" en *Revista de Medicina Clínica*; 21(4) (pp. 644-652).

Pacheco, M.B. (1996). "Identidad profesional y ética del trabajo social. 6.1 Un código ético para el trabajo social", en Bermejo, F.J. (2002). *Ética y Trabajo Social*, Madrid. Universidad Pontificia de Comillas (pp. 165-179).

Perelló, S. (2009). *Metodología de la Investigación Social*, Madrid: Dykinson, S.L.

Pérez-López, J.A. (1998). *Liderazgo y ética en la dirección de empresas*. Bilbao. Ed. Deusto (pp. 97-101).

Puñal Romarís, M.E. (2010). "El consentimiento informado en servicios sociales desde la óptica del Trabajo Social: aplicación de la normativa de protección de datos". *Escuela Universitaria de trabajo Social adscrita a la Universidad de Santiago de Compostela*.

Rández Pérez, Patricia (2010). "La Auditoría Ética como método de reflexión en la intervención social", Pamplona: Universidad Pública de Navarra (Trabajo de Fin de Máster inédito).

Random House Webster's College Dictionary (1991). New York: Random House.

Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE nº 17 de 19 de enero de 2008.

Reamer, F. G. (1989). Liability issues in social work supervision. *Social Work*, 34, 445-448.

Reamer, F. G. (1990). *Ethical dilemmas in social service* (2ª ed). New York: Columbia University Press.

Reamer, F. G. (1992). The impaired social worker. *Social Work*, 37, 165-70.

Reamer, F. G. (1994). *Social work malpractice and liability*, New York: Columbia University Press.

Reamer, F. G. (1997). Managing ethics under managed care. *Families in Society*, 78, 96-101.

Reamer, F. G. (1999). *Social work values and ethics* (2ª ed). New York: Columbia University Press.

Reamer, F. G. (2001). *The Social Work Ethics Audit: A Risk-Management Tool*. NASW Press.

Reigeluth, Ch. M. y Frick, T. W. (1999). "Investigación formativa: una metodología para crear y mejorar teorías de diseño". En C. M. Reigeluth (Ed.) *Diseño de la instrucción. Teorías y modelos. Un nuevo paradigma de la teoría de la instrucción*. Madrid: Aula XXI. Santillana.

Requejo, A. (2004). "Derechos humanos, calidad y ética profesional con personas mayores". En Pérez M.G. *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Dykinson, S.L. (pp. 133-167).

Rhodes, M. (1986). *Ethical Dilemmas in Social Work Practice*, London: Routledge & Kegan Paul

Rodríguez Delgado, J. (2013). "Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*.

Rodríguez Rodríguez, P. (2007). *Residencias y otros alojamientos para personas mayores*. Medica Panamericana.

Roselló Mallol, V. (2006). "LOPD y Residencias Geriátricas." www.porticolegal.expansion.com

Rozovsky, F. A. (1984). *Consent to treatment: A practical guide*. Boston: Little, Brown.

Ruiz López, P. y González Rodríguez-Salinas, C. (2008). "El análisis modal de fallos y efectos (AMFE). Una herramienta muy útil para la seguridad del paciente". *Jano: Medicina y humanidades*, ISSN-e 0210-220X, N° 1702 (pág. 45).

Ruiz Olabuénaga, J.I, Aristegui, I. y Melgosa, L. (2002). *Cuadernos monográficos del ICE Núm.7: Cómo elaborar un proyecto de investigación social*, Bilbao: Universidad de Deusto.

Salcedo Megales, D. (1999). *Los valores en la práctica del Trabajo Social*, Madrid: Narcea.

Salcedo Megales, D. (2001). *Autonomía y Bienestar. La ética del Trabajo Social* (2ª ed.). Granada: Comares.

Salcedo Megales, D. (2006). "La naturaleza de la relación profesional y la ética del trabajo social". *Revista Acciones e investigaciones sociales*. ISSN 1132-192X. Extraordinario N° 1 (pág. 189).

Santander, F. (2012). "El Respeto a las Decisiones Autónomas". Curso de especialización en Ética aplicada a la intervención social. UPNA.

Schamess, G., & Lightburn, A. (Eds.) (1998). *Humane managed care?* Washington, DC: NASW Press.

Schoener, G. R., & Gonsiorek, J. (1988). Assessment and development of rehabilitation plans for counselors who have sexually exploited their clients. *Journal of Counseling and Development*, 67, 227-232.

Sela B. Sierra (1987). *Formando al nuevo trabajador social*. Argentina: Humanitas.

Seoane, J.A. (2004). Ética, Derecho y datos personales. *Cuadernos de Derecho Público*. 19-20:91-130

Simón Lorda, P. Profesor de la EASP (2005). "Lista de comprobación para evaluar la calidad de los formularios escritos de consentimiento informado en la práctica clínica". Granada.

Simón Lorda, P. y Júdez Gutiérrez, J. (2001). "Consentimiento informado". *Medicina Clínica*. Barcelona. N° 117 (pág. 100).

Simón, P. y Barrio, I.M. (2004). "¿Quién puede decidir sobre mí? Una revisión de la legislación española vigente sobre las decisiones de representación y las instrucciones previas". *Revista de Calidad Asistencial*. Vol. 19, Issue 7 (pp. 460–472).

Sonnenstuhl, W. J. (1989). Reaching the impaired profesional: Applying findings from organizational and occupational research. *Journal of Drug Issues*, 19, 533-539.

Stake, R. E. (1994). "Case Studies", en Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (eds.): *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, CA.: Sage Publications (pp. 236-247).

Strom-Gottfried, K. (1998). Is "ethical managed care" an oxymoron? *Families in Society*, 79, 297-307

Úriz, M. J. (2005). "La ética en la intervención social".

Úriz, M. J. (2006). "La Auditoría Ética en Trabajo Social: un instrumento para mejorar la calidad de las instituciones sociales". *Revista Acciones e investigaciones sociales*. ISSN 1132-192X. Extraordinario N° 1 (pág. 200).

Úriz, M. J., Ballester, A. y Urien, B. (2007). *Dilemas éticos en la intervención social. Una perspectiva profesional desde el Trabajo Social*. Zaragoza: Mira.

Úriz, M.J. y Ballester A. (2006). "La calidad ética en la intervención social. Valoración de estudiantes de Trabajo Social". *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. Nº 74 (pp. 137-156).

Urrutia Beaskoa, Ana (2010). "Modelo Vida y Persona. Fundación Cuidados Dignos".

Valois-Nuñez, C. (2011). "Intimidad, confidencialidad y dilema ético: a propósito de un caso". *Revista Portularia*. Vol. 11. Nº 2 (pp. 105-114).

VandenBos, G. R., & Duthie, R. F. (1986). Confronting and supporting colleagues in distress. In R. R. Kilburg, P. E. Nathan, & R. W. Thoreson (Eds.), *Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology* (p. 211). Washington, DC: American Psychological Association.

Vélaz, J.I. (1996). *Motivos y motivación en la empresa*. Díaz de Santos (pág. 277).

Yin, R. K. (1989). *Case Study Research. Design and Methods*, Applied Social Research Methods Series, Vol. 5, London: Sage Publications.

Yin, R. K. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*, Applied Social Research Methods Series, Vol. 5, Second Edition, London: Sage Publications.

